FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883 | **THÈSE** | N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 juillet 1883, à 1 heure

Par Georges LACHARRIÈRE,

Né à Lima (Pérou), le 23 avril 1854)

ESSAI

SUR

LE TRAITEMENT DES ABCÈS

PAR

CONGESTION D'ORIGINE VERTÉBRALE



Président : M. GUYON, *professeur*.

Juges : MM. TRÉLAT, *professeur*. MONOD, TERRILLON, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1883

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. BÉCLARD.

Professeurs.......... MM.

Anatomie.................................. SAPPEY.
Physiologie.................................. BÉCLARD.
Physique médicale.......................... GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.......... WURTZ.
Histoire naturelle médicale.................. BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales........ BOUCHARD.
Pathologie médicale.......................... JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale...................... GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique...................... CORNIL.
Histologie.................................. ROBIN.
Opérations et appareils...................... LE FORT.
Pharmacologie.............................. REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale............ HAYEM.
Hygiène.................................... BOUCHARDAT.
Médecine légale............................ BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés................ PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..... LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale........ VULPIAN.
Clinique médicale.......................... SEE (G.) HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants........................ PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.............................. BALL.
Clinique des maladies syphilitiques........... FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.............. CHARCOT.
Clinique chirurgicale........................ RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.................... PANAS.
Clinique d'accouchements.................... DEPAUL.

Doyens honoraires : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeur honoraire :
M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TRC SIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : **Ch. PUPIN.**

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR GUYON
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR MILLARD
Médecin de l'hôpital Beaujon.

M. LE DOCTEUR Noel GUENEAU DE MUSSY
Membre de l'Académie de médecine.

M. LE DOCTEUR Paul RECLUS
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX

M. LE PROFESSEUR DENUCÉ
Doyen de la Faculté de médecine.

M. LE PROFESSEUR VERGELY
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

M. LE DOCTEUR DEMONS
Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Je remercie vivement MM. RECLUS, LANNELONGUE, Jules BŒCKEL, SAXTORPH (de Copenhague), LANGE (de New-York), DUDON (de Bordeaux), CAZIN et son excellent interne DHOURDIN, GENDRON, interne des hôpitaux de Paris, pour les renseignements et observations qu'ils m'ont procurés.

ESSAI

SUR

LE TRAITEMENT DES ABCES

PAR

CONGESTION D'ORIGINE VERTÉBRALE

AVANT-PROPOS.

Il nous a paru intéressant d'étudier successivement et de comparer entre elles les différentes méthodes de traitement des abcès par congestions symptomatiques du mal vertébral.

Jusqu'à la fin du XVIII[e] siècle, les chirurgiens ouvraient largement ces collections purulentes, car ils attribuaient au pus la destruction des vertèbres et la formation de la gibbosité.

Mais les résultats désastreux de cette pratique et la connaissance plus parfaite des rapports de la gibbosité et des abcès par congestion firent abandonner cette méthode des grandes incisions. La réaction fut telle que les plus grands chirurgiens proclamèrent qu'il ne fallait pas toucher à ces col-

lections purulentes et que leur ouverture était un premier pas vers la mort.

Telle a été l'opinion à peu près générale jusqu'à ces dernières années.

Un fait très intéressant déterminait encore les auteurs à s'abstenir de toucher aux abcès par congestion. C'est que dans quelques cas, — David et Abernethy les signalèrent les premiers, — dans quelques cas, disons-nous, on avait observé la guérison spontanée de ces collections par suite de la résorption du pus.

Mais tandis que la plupart des chirurgiens s'en tenaient à l'expectation pure et simple, quelques esprits plus audacieux, plus entreprenants, essayaient de vaincre les difficultés si grandes qui entouraient le traitement de ces abcès.

C'est ainsi que pour éviter l'action néfaste de l'air on imagina de faire des ponctions sous-cutanées, d'ajouter l'aspiration à la ponction.

Attribuant les phénomènes si graves qui suivaient l'ouverture large des abcès par congestion à l'inflammation des parois de la poche, Lisfranc pensait pouvoir l'éviter au moyen de sangsues appliquées en grand nombre sur le trajet de l'incision.

Grandes furent les espérances que firent naître les injections iodées qui devaient d'après Boinet, non seulement prévenir les funestes effets de l'accès de l'air, produire dans les parois du foyer une excitation salutaire, mais encore agir directement sur les os malades et accélérer la guérison de l'affection principale.

Mais toutes ces méthodes expérimentées partout étaient loin de donner les bons résultats annoncés par leurs auteurs, et l'on revenait toujours à l'expectation, d'autant plus que Bouvier, étudiant avec plus de soin la marche des

abcès par congestion, démontrait que leur guérison spontanée était plus fréquente qu'on ne le pensait et qu'on pouvait aider la nature dans cette voie.

Dans ces dernières années, le drainage, en permettant l'écoulement facile du pus et surtout la méthode antiseptique de Lister, en annihilant les fâcheux effets de l'air, ont permis de revenir à la pratique ancienne des grandes incisions et l'ouverture des abcès ossifluents, qui avait été, à si juste titre, considérée comme fort dangereuse, est devenue aujourd'hui inoffensive.

Enfin, les travaux de M. Lannelongue, en démontrant que les abcès par congestion ne sont que des abcès froids tuberculeux, ont donné l'idée d'appliquer aux premiers le traitement qui réussit si bien chez les seconds : la destruction des parois de l'abcès.

Nous allons étudier en autant de chapitres ces diverses méthodes de traitement et, dans nos conclusions, après les avoir comparées entre elles, nous dirons pourquoi l'ouverture large suivie du grattage des parois a toutes nos préférences.

CHAPITRE PREMIER.

1° Expectation. — 2° Méthode ayant pour but de rechercher la résorption du contenu de l'abcès

L'ouverture large des abcès par congestion du mal de Pott a été la méthode universellement suivie par les chirurgiens jusque vers la fin du siècle dernier.

David (de Rouen) paraît avoir été le premier qui, réagissant contre la pratique générale, indique qu'il ne faut pas toucher aux abcès par congestion et donne la première observation de guérison de ces abcès par suite de la résorption du pus.

« J'ai eu si peu à me louer (1), dit-il, de tous les moyens que j'ai tenté et vu tenter dans un assez grand nombre de ces maladies que j'ose assurer que le meilleur parti à prendre est d'abandonner à la nature le sort de ceux qui en sont attaqués, lorsqu'elles sont surtout parvenues à une certaine période. Les dépôts qui s'avancent à l'extérieur s'ouvrent alors naturellement, ils laissent de petites fistules et les malades peuvent encore vivre au moins quelque temps, au lieu qu'ils périssent sous peu de jours dès qu'on ouvre largement ces vastes dépôts. »

David (2) compare, dans son second mémoire de 1779, la

(1) David, Bazile. Prix de l'Académie royale de chirurgie, 1771, t. IV, 2e partie, p. 604, 606. Mémoire sur les effets des contre-coups.

(2) David. Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales, 1779, p. 106.

situation du malade avant et après l'intervention chirurgicale.

Avant qu'on n'ait touché à son abcès, le malade souffrait peu, n'avait pas de fièvre et conservait son appétit ; mais après l'opération la scène change : le pus, qui était au moment de son évacuation blanc comme de la crème et sans odeur, acquiert bientôt une puanteur considérable ; la fièvre survient, le pouls devient petit et fréquent et le malade ne tarde pas à succomber.

« Cette différence dans les évènements nous dit au moins qu'il ne faut pas toucher à ces tumeurs, qu'il ne faut rien appliquer pour en accélérer l'ouverture, la nature semblant la désapprouver comme une terminaison qui n'est pas de son vœu ; mais, dira peut-être quelqu'un, une maladie aussi grave est au-dessus des ressources de l'art et des efforts de la nature ; gardons-nous de prononcer aussi légèrement et d'assigner à celle-ci des bornes qu'elle ne s'est pas prescrites ; elle nous offre des caries des vertèbres dorsales guéries par ses seuls bienfaits ; pourquoi ne les étendrait-elle pas à la curation des vertèbres lombaires, si l'on ne contrariait pas ses opérations par des procédés mal entendus ? Voici du moins un fait qui paraît prouver que cette maladie n'est pas au-dessus de ses ressources. »

Et David(1) cite une observation remarquable de guérison spontanée d'abcès par congestion. Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, qui, à la suite d'une chute au bas du dos, ressentit une douleur vive dans la région lombaire, puis une faiblesse graduelle qui ne lui permit bientôt plus ni de marcher ni même de se soutenir.

Malgré le repos le plus absolu, le mal fit des progrès et

(1) David. Loco cito, p. 113.

il se forma un abcès ilio-fémoral. David se garda bien d'y rien appliquer dessus, encore moins de proposer d'y porter l'instrument tranchant. Après avoir acquis son plus grand volume, la tumeur demeura à peu près quatre mois dans le même état et à cette époque commença à se dissiper par une progression insensible, de sorte que, quatre mois après, il n'en existait plus de vestige et que la malade sentait, de semaine en semaine, sa colonne épinière reprendre son ancienne force. Elle dut sa guérison à près d'une année de constance à garder le lit et le repos.

Abernethy (1) (1793) repoussait également les grandes incisions, mais, craignant l'ouverture spontanée, il ponctionnait les abcès dans un but qui, disait-il, peut paraître paradoxal; il les ponctionnait afin qu'ils pussent rester fermés.

Mais bientôt son attention fut dirigée vers la résorption du contenu de ces collections purulentes, résorption qu'il avait plusieurs fois observée.

« La résorption des abcès par congestion, dit-il, doit être le but vers lequel doit tendre le chirurgien. Il doit esayer de les faire résorber, mais par des moyens qui doivent en même temps augmenter les forces du malade. »

Il remarqua en outre qu'il parvenait quelquefois à faire résorber des abcès après les avoir ponctionnés deux ou trois fois, quoiqu'il fût incapable de prévenir leur augmentation avant d'employer ces moyens.

L'impuissance de l'art, la certitude que les malades vivraient plus longtemps si l'on n'intervenait pas, l'espoir de voir les agents thérapeutiques dirigés contre la maladie primitive procurer quelques guérisons spontanées, condui-

(1) Surgical Works. Surgical observations on chronic and lumbar abcesses, t. II, 4e éd., p. 132 et suiv.

sirent Dupuytren, Bonnet, Velpeau, Nélaton et le plus grand nombre des chirurgiens de notre époque à abandonner à eux-mêmes les abcès par congestion du mal de Pott.

Mais tandis que la plupart des chirurgiens craignent l'ouverture spontanée et créent une ouverture artificielle, lorsqu'elle est devenue imminente, quelques-uns confient à la nature le soin d'ouvrir le foyer purulent.

« Ne touchez pas à l'abcès, dit Billroth (1), considérez au contraire comme des jours heureux ceux pendant lesquels il reste encore fermé et attendez tranquillement qu'il s'ouvre de lui-même, car c'est encore l'ouverture spontanée qui est suivie des phénomènes les moins dangereux. Toutes les fois que je me suis écarté de ce principe, j'ai eu lieu de m'en repentir.

Le professeur Valette(2), de Lyon, pensait de même et, d'après Brottet (3), cette pratique est encore la seule suivie par un grand nombe de chirurgiens lyonnais, parmi lesquels on doit citer MM. Ollier et D. Mollière.

Ainsi donc, pour les chirurgiens modernes comme pour David, l'expectation pure et simple quant à l'abcès, et le traitement de la maladie primitive est la méthode qui paraît la moins dangereuse. Et cependant depuis la fin du XVIII[e] siècle jusqu'à ces dernières années, nombre de traitements des abcès par congestion du mal de Pott ont été prônés, expérimentés avec ardeur, puis abandonnés et les chirurgiens découragés sont toujours revenus à l'expectation, la nature leur paraissant moins meurtrière que l'art.

(1) Billroth. Eléments de Pathologie chirurgicale générale 1868, p. 523.
(2) Valette. Clinique chirurgicale. Lyon, 1875.
(3) Brottet. Thèse de Lyon, 1880.

On connaissait bien la guérison des abcès par résorption de leur contenu, mais on la croyait tout à fait exceptionnelle et on ne la recherchait qu'indirectement en traitant la maladie primitive.

Cependant, Abernethy avait déjà parlé de la faculté qu'il attribuait à la poche de tous les abcès de sécréter et d'absorber leur contenu.

Aussi agissait-il non seulement sur l'état général, mais encore il ne redoutait pas d'agir sur la poche de l'abcès au moyen de l'électricité pour en stimuler les parois et activer la résorption.

Larrey (1), dans le même but, appliquait des moxas, et Jules Guérin (2) employait et la ponction et l'usage quotidien des purgatifs salins.

Mais c'est véritablement Bouvier (3) qui a eu le mérite de démontrer dans son mémoire de 1857 paru dans les Archives générales de médecine, « que la guérison par absorption du pus est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et que la méthode qui consiste à activer cette absorption doit être tirée de l'abandon où on l'a laissée et qu'il faut lui rendre dans la pratique le rang que lui assigne sa supériorité sur toutes les autres méthodes ».

« Ce qui a fait croire, dit l'éminent chirurgien, à la rareté de cette guérison par absorption, c'est que beaucoup d'abcès profonds ne sont pas reconnus ; ils se développent, croissent, s'arrêtent, disparaissent, sans qu'on se soit douté de leur existence ni des périodes qu'ils ont parcourues. Depuis que je me suis fait une loi d'explorer attentivement

(1) Larrey. Clinique chirurgicale, t. III, p. 313, 314, 1829.

(2) Jules Guérin. Rapport sur les traitements orthopédiques de M. Jules Guérin. Paris, 1848.

(3) Bouvier. Archives générales de médecine, 1857, t. IX, janvier.

les fosses iliaques dans tous les cas de mal vertébral sans exception, il m'est souvent arrivé de découvrir des abcès auxquels on n'avait pas songé et plusieurs fois ces abcès ont disparu par résorption avant d'avoir acquis un volume qui les rendît apparents à tous les yeux ».

Combien d'abcès accessibles à la vue et au toucher auraient disparu si l'on ne s'était point pressé de les ouvrir !

Diminuer, tarir la production du pus, augmenter le mouvement d'absorption qui se passe dans la poche de l'abcès, telles sont les indications à suivre. Ceci revient à dire qu'il faut, d'une part, traiter l'état général qui tient sous sa dépendance l'affection osseuse, et d'autre part activer la résorption dans la poche elle-même.

Le repos et une bonne hygiène, des médicaments destinés à relever les forces digestives et à combattre le vice scrofuleux, quinquina, fer, iode, huile de foie de morue, quelques révulsifs sur la colonne vertébrale, cautères, moxas, vésicatoires permanents procureront la guérison d'abcès peu volumineux.

Mais lorsque ceux-ci se sont considérablement développés, il faut en même temps, qu'on emploie les moyens précédents, agir sur la poche elle-même par des moyens locaux et généraux,

Les moyens locaux seront la compression et la stimulation des parois de l'abcès.

La compression que MM. Clairat et Morpurgo ont employée avec succès ne pourra être utile que dans les cas où il n'y a pas à craindre de refouler le liquide dans les parties profondes.

Abernethy recommande l'électricité, Larrey les moxas. Pour Bouvier, la simple excitation, la rubéfaction, la pus-

tulation, la vésication du derme, la cautérisation épidermique à l'aide du feu, de la teinture d'iode et d'autres caustiques faibles sont, en général, préférables à l'action profonde du moxa et du cautère, parce qu'il importe d'éviter, autant que possible, une altération de la peau qui pourrait avancer l'ouverture spontanée de la tumeur ou donner lieu plus tard à de larges ulcérations.

Les bains sulfureux, salés, sont également utiles pour relever l'état général et pour activer l'absorption dans la poche purulente.

Les moyens généraux sont tous ceux qui relèvent les fonctions de nutrition et les maintiennent dans un état parfait. Abernethy ordonnait souvent des vomitifs.

M. Jules Guérin a obtenu des succès par l'emploi des purgatifs salins répétés.

Bien souvent, surtout lorsque la collection purulente loin de diminuer a présenté des tendances à augmenter de volume, il a été utile de combiner les ponctions aux moyens déjà indiqués. Telle est la conduite qu'ont suivie Abernethy et M. Jules Guérin.

Certaines substances semblent jouir de la propriété d'exciter l'absorption : tel est l'iode. Bouvier a expérimenté ce médicament et il lui a paru avoir été utile quelquefois.

Malgré toute l'autorité de Bouvier et les faits qu'il présentait à l'appui de sa thèse, que les guérisons spontanées sont bien plus nombreuses qu'on ne le croit et qu'il y a des moyens d'aider la nature et d'obtenir la résorption du contenu des abcès par congestion, on n'en continua pas moins en général à considérer les guérisons spontanées comme fort rares et comme fort inutile d'aider la nature dans la voie de la résorption.

« Il n'y a, déclare Laugier(1), aucun traitement dont l'effet soit l'absorption du pus contenu dans l'abcès par congestion. Le chirurgien devra se garder d'employer, dans l'espoir illusoire de favoriser l'absorption du pus, des moyens qui n'auraient le plus souvent pour résultat que d'enflammer la paroi extérieure du foyer, tels que la compression, les vésicatoires volants, les cautères, la cautérisation transcurrente, les moxas ».

Nous trouvons dans le *New-York medical journal* 1880, un mémoire intéressant du D[r] Lange sur le traitement des abcès froids spécialement en rapport avec le mal de Pott.

Le D[r] Lange est fort partisan d'un traitement destiné à obtenir la résorption de la collection purulente.

Il rapporte trois observations. Dans deux cas, l'abcès a disparu ; chez le troisième petit malade, la collection purulente a beaucoup diminué, mais persistait encore.

En plus du traitement général, il conseille l'emploi de la méthode de Sayre, qui permet au malade de vivre au grand air et de faire un peu d'exercice. Il se rencontre cependant des cas dans lesquels la position couchée est indispensable et l'activité des processus locaux assez grande pour nécessiter l'application des antiphlogistiques. Dans ces cas, la valeur du traitement par la glace ne peut être assez vantée.

Dans son Traité de la suppuration et du drainage, Chassaignac (1) niait la résorption du pus et contestait tous les faits cités de guérison d'abcès par congestion à la suite de cette résorption. Il lui paraissait étrange qu'on lui fit un

(1) Laugier. Loco cito, p. 3.
(1) D[r] Lange. New-York medical Journal, 1880, p. 476.
(1) Traité de la suppuration et du drainage, 1859, t. I, p. 68.

épouvantail de la résorption purulente et qu'on vînt en même temps lui proposer la doctrine de la résorption des abcès symptomatiques qui lui paraissait alors mécaniquement impossible et qui, si elle se fût réalisée, devait fatalement empoisonner le malade en introduisant du pus dans le système circulatoire.

Chassaignac avait en partie raison ; le pus ne se résorbe pas en nature, mais les faits de guérison d'abcès par congestion par suite de la résorption de leur contenu sont au-dessus de toute constestation. Le pus, en effet, subit avant de se résorber une métamorphose graisseuse. Dans l'intérieur de chaque cellule de pus, des particules graisseuses deviennent libres, la cellule se décompose et il ne reste plus que des granulations graisseuses et une substance intergranuleuse. Le pus est remplacé par un liquide laiteux, émulsif, composé d'eau, de substances albuminoïdes et de graisse.

Nous donnons à la fin de ce chapitre des tableaux où nous avons réuni tous les faits de résorption complète d'abcès par congestion du mal de Pott que nous avons trouvés soit dans les auteurs soit dans les recueils périodiques. Nous ne pouvons pas y joindre les observations, car ce serait allonger démesurément notre travail.

Les faits de résorption complète que nous avons recueillis sont au nombre de 44, mais nous sommes certains qu'il y en a davantage.

Ainsi Colas(1), dans sa thèse, cite avec quelques détails un fait de résorption, mais il dit que sur 7 garçons guéris du mal de Pott qu'il a pu observer, 6 avaient des abcès par congestion qui se sont entièrement résorbés.

(1) Colas. Observations sur quelques points du mal de Pott, recueillis à Berck. Thèse de Paris, 1877.

Dans le Dictionnaire de Samuel Cooper, article Lombaires, nous lisons que Crowther a réussi à faire résoudre quelques abcès sans les ouvrir. De larges vésicatoires appliqués sur les téguments qui recouvraient la tumeur et entretenus avec le cérat de sabine procurèrent la guérison.

On a dit que c'était surtout chez les enfants qu'avait lieu cette heureuse terminaison : elle a lieu également chez les adultes.

Ainsi sur 41 observations avec détails que nous possédons, la résorption du contenu de la collection purulente a eu lieu 16 fois chez des individus âgés de plus de 20 ans.

Le temps nécessaire à la disparition de l'abcès est toujours considérable. Nous donnons à la suite 12 faits d'abcès iléo-fémoraux guéris de la sorte ; il a fallu en moyenne 13 mois pour que toute trace de collection purulente eût disparu.

Deux fois, — observations de Bouvier et de Sir James Paget, — (1) l'abcès quiavait complètement disparu sereproduisit au bout dequelque temps. Chezle malade de Bouvier il avait fallu deux ans et demi d'efforts et de patience pour arriver à la guérison. Quelques mois aprèsl'abcès se reproduisait, mais le malade guérit après quatre ans de soins.

La malade de sir James Paget jouit pendant quatre ans de la meilleure santé à la suite de la résoprtion d'un abcès iléo-fémoral. Elle put même faire l'ascension du Righi et de quelques autres montagnes de la Suisse. Mais l'abcès se reproduisit et s'ouvrit spontanément deux ans et demi après son apparition.

(1) Sir James Paget. Clinique chirurgicale, trad. française, 1877, p. 396, 397.

Sir James Paget considère ces abcès comme des abcès résidueux, qui se forment dans des points où le pus produit longtemps auparavant a été retenu en totalité ou en partie et est devenu sec, en d'autres termes a vieilli.

Le chirurgien anglais pense que la cicatrisation d'abcès résideux vidés est plus rapide et s'accompagne de beaucoup moins d'accidents que celle des premiers abcès de même dimension et siégeant aux mêmes points.

L'expectation peut dans quelques cas causer la mort des malades.

Ainsi, un malade dont Martin-Solon (1) rapporte l'histoire mourut asphyxié par un abcès rétro-pharyngien.

Un malade de Nichet (2) présenta à l'autopsie une cavité purulente en communication avec un des deux poumons dans lesquels il n'y avait pas de traces de tubercules. Aussi Michel ne peut s'empêcher de faire remarquer que l'ouverture prématurée de ces collections purulentes aurait pu retarder la terminaison fatale, en empêchant dans le premier cas l'asphyxie et dans le second la formation d'une fistule pulmonaire.

En résumé nous pouvons dire que l'expectation pure et simple que les grands chirurgiens de notre époque ont fortement recommandée est née du découragement.

Quant à la résorption du contenu des abcès par congestion, elle est indéniable et les nombreux exemples que nous en rapportons prouvent qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croyait. Mais elle exige un temps fort long et nous verrons, lorsque nous parlerons des faits nouveaux que

(1) Martin-Solon. Arch. gén. de médecine, 1830, t. XXIV, p. 335.

(2) Nichet (de Lyon). Etude sur la nature et le traitement du mal vertébral. Gaz. méd., 1835, p. 529, 545.

les études de M. Lannelongue ont révélés au sujet de l'origine et de l'évolution des abcès par congestion, qu'il n'est pas sans danger de laisser croître ces poches purulentes.

M. le docteur Cazin a eu l'obligeance de nous envoyer une note sur la fréquence, à Berck, de la guérison spontanée des abcès par congestion du mal de Pott.

Les relevés des observations du docteur Perrochaud et de celles du docteur Cazin donnent, à ce sujet, un total de 45 abcès résorbés.

Des récidives ont été quelquefois constatées. Chez une bonne partie des enfants ayant présenté ces récidives, on a vu ces nouvelles formations purulentes disparaître avec une rapidité égale à celle avec laquelle elles avaient paru.

N d'ord.	Nom d'auteur.	Age du malade.	Nature de l'abcès		Traitement.	Guérison en
1	David.	Fille, 22 ans.	Abcès iléo-fémoral.	»	Repos au lit.	1 an à peu près
2	Abernethy.	Fille, 14 ans.	»	Gibbosité.	Repos au lit. Révulsifs de chaque côté du rachis. Toniques.	»
3	—	Homme de 30 à 40 ans.	Lombaire.	Pas de gibbosité.	Repos au lit. Vésicatoires permanents. Toniques.	2 mois.
4	—	Femme de 27 ans.	Iléo-fémoral.	»	Une ponction. Vomitifs. Electricité.	?
5	Larrey.	Mlle D..., 25 ans.	Sous l'omoplate.	Gibbosité.	Moxas.	»
6	—	Jules R., 23 ans.	Derrière le bord spinal du scapulum.	»	»	10 mois.
7	Dupuytren.	Adulte.	»	»	Moxas. Cautères de chaque côté du rachis.	»
8	Nélaton.	»	»	»	»	»
9	Clairat et Morpurgo.	»	»	»	»	»
10	F. Martin.	Enfant de 12 ans.	Iléo-fémoral.	»	Repos au lit. Extension continue.	20 mois.
11	J. Guérin.	Garçon, 5 ans 1/2.	Aine gauche.	»	Deux ponctions sous-cutanées. Cautères moxas. Eau de Sedlitz tous les deux jours.	4 mois.
12	—	13 ans 1/2.	Iléo-fémoral double.	»	Une ponction. Cautères indra. Eau de Sedlitz.	6 mois.
13	Abeille.	Enfant.	Abcès lombaire.	Gibbosité.	Huile de foie de morue. Cautères. Iodure de fer.	3 mois.
14	Forget.	12 ans.	De chaque côté du rachis.	?	»	2 mois.
15	Bouvier	11 ans.	Fosse iliaque.	Gibbosité.	Repos au lit dix-huit heures. Huile de foie de morue. Teinture d'iode à l'extérieur.	4 mois.
16	—	10 ans.	»	»	Même traitement ; bains aromatiques, puis sulfureux. Iodure de fer. Iodoforme.	2 ans.
17	—	6 ans.	»	»	Même traitement. Eau iodée.	18 mois.

N° d'ord.	Nom d'auteur.	Age du malade.	Nature de l'abcès		Traitement.	Guérison en
18	Bouvier.	5 ans.	Fosse iliaque.	Gibbosité.	Même traitement. Résolution incomplète de celui du côté droit.	8 mois.
19	—	9 ans.	Iléo-fémoral.	»	Même traitement. Electricité. Teinture d'iode à l'intérieur. Puis récidive et guérison au bout de 4 ans.	2 ans 1/2
20	—	7 ans.	Région cervicale.	»	Teinture d'iode à l'intérieur.	15 mois.
21	Cloquet.	9 ans.	Lombaire.	»	Traitement iodé. Cautères région rachidienne.	?
22	Rambaud.	24 ans.	Ischio-fémoral.	Pas de gibbosité.	Repos. Huile de foie de morue. Cautères.	5 mois 1/2.
23	—	10 ans.	Fosse iliaque.	Gibbosité.	Repos au lit. Huile de foie de morue. Vésicatoires volants sur les côtés du rachis.	22 mois.
24	—	4 ans.	»	»	»	?
25	Bouvier cité par Rambaud.	15 ans.	»	»	Vésicatoires volants sur la surface de l'abcès.	?
26	Dolbeau.	22 ans.	Rétro-pharyngien.	»	Immobilisation de la tête.	3 mois.
27	Ollier.	10 ans.	Iléo-fémoral avec prolongement lombaire.	»	»	8 mois.
28	Paget.	40 ans.	Lombaire.	»	»	»
29	—	30 ans.	Iléo-fémoral.	»	Repos. Guérison au bout de 2 ans. puis récidive au bout de 4 ans. Ouverture spontanée.	»
30	Panas.	Adulte, 30 ans.	Iléo-fémoral double.	»	Repos dans une gouttière de Bonnet.	18 mois.
31	Letiévant cité par Brottet.	»	Iléo-fémoral double.	»	Gouttière de Bonnet. Toniques. Iode, etc.	12 mois.
32	Lange.	4 ans 1/2.	Fosse iliaque.	»	Repos au lit. Décubitus sur le ventre. Sacs de glace de chaque côté de la colonne. Corset de Sarye.	?
33	—	9 ans.	»	»	Même traitement.	1 an à peu près
34	Dudon.	30 ans.	»	»	»	»

N° d'ord.	Noms d'auteur	Age du malade.	Nature de l'abcès		Traitement	Guérison en
35	Dudon.	10 ans.	»	»	»	»
36	Puel.	21 ans.	Iléo-fémoral.	Gibbosité.	Toniques. Phosphate de chaux.	?
37	Colas.	10 ans.	Fosse iliaque.	»	»	
38	Baudisson.	Mme X..., 35 ans.	Aine droite.	Légère.	Badigeonnages avec la teinture d'iode sur la tumeur. Cautères de chaque côté de la colonne vertébrale. Huile de foie de morue.	3 mois.
39	Fournier (d'Angoulême).	M. B.., 8 ans.	Partie post. du cou et sup. du dos.	Pas de gibbosité.	Huile de foie de morue. Bains salés, Houblon. Onctions sur la tumeur matin et soir avec de la pommade d'iodure de potassium.	8 mois.
40	Dr De Cours.	4 ans.	Iléo-fémoral.	Gibbosité.	Repos. Huile de foie de morue. Sirop de Raifort iodé. Onctions sur l'abcès avec de la pommade à l'extrait de ciguë. L'enfant a aujourd'hui 7 ans et se porte bien. Pas d'apparence d'abcès.	6 mois.
41	G. d'Hercourt Vilmot.					»
42					Le pus fut absorbé et remplacé par un fluide élastique qui remplissait la poche accidentelle, le gaz fut absorbé à son tour et il ne resta nul vestige de la maladie.	».
43	Hourmann.	La colonne vertébrale offre une courbure angulaire dans le sens antéro-postérieur, le corps de plusieurs vertèbres a été détruit, mais tout est consolidé et sain. Le psoas du côté gauche a disparu, et l'on ne trouve plus à sa place qu'un gros cordon fibreux qui aboutit à l'aine vers le petit trochanter. Il n'y a plus ni pus ni matière tuberculeuse dans les parties.				
44	Denonvilliers	Enleva chez une femme d'une quarantaine d'années, une tumeur située immédiatement au-dessous du pli de l'aine et qu'il considérait comme une tumeur fibro-plastique. Cette femme étant morte, l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un abcès par congestion, guéri en laissant des résidus solides. Il fut possible de suivre le foyer de l'abcès presque complètement tari et converti en un cordon fibreux jusqu'à la partie antérieure des deux dernières vertèbres lombaires creusées toutes deux d'une excavation tuberculeuse cicatrisées et hérissées de végétations osseuses.				

CHAPITRE II.

MÉTHODE DES PONCTIONS SUCCESSIVES.

Vider l'abcès par une ponction est une pratique fort ancienne.

Tout d'abord, les ponctions furent directes. David, B. Bell, Abernethy lui-même employaient le trocart. Mais le besoin de se mettre complètement à l'abri de l'air fit inventer les ponctions sous-cutanées, puis on ajouta l'aspiration à la ponction

Mais le but n'était pas encore atteint, car presque toujours, au bout de quelques ponctions, une des ouvertures faites précédemment devenait fistuleuse et le malade mourait.

Aussi, on accueillit avec enthousiasme les injections iodées qui devaient, selon Boinet, non seulement agir sur l'affection osseuse, cause première de l'abcès, mais encore rendre inoffensif l'établissement des fistules qui presque fatalement succédaient aux ponctions.

Nous allons donc étudier successivement les ponctions sous-cutanées, les ponctions avec aspiration, les ponctions suivies d'injections iodées.

§ I. — *Ponctions sous-cutanées.*

Les ponctions sous-cutanées qui avaient été un progrès sur les ponctions directes faites au moyen du trocart, du séton, n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

Elles sont, en effet, complètement abandonnées, non seulement parce qu'elles sont défectueuses et qu'elles n'empêchent que fort rarement l'ouverture spontanée, mais encore parce que nous avons aujourd'hui des appareils qui nous permettent de faire avec plus de sûreté des ponctions successives à l'abri de l'air : l'appareil de Dieulafoy et les appareils analogues.

Aussi ne parlerons-nous que fort peu des procédés d'Abernethy et de Boyer.

Nous avons vu que le but principal d'Abernethy était d'obtenir la résorption des abcès, mais il avait remarqué que quelques ponctions rendaient plus facile la disparition de la collection purulente. Aussi se servait-il dans ce but d'une lancette à abcès qu'il introduisait obliquement de manière à piquer, en deux points assez distants l'un de l'autre, le sac purulent et la peau.

Le chirurgien anglais répétait les ponctions tous les quinze jours, mais bientôt il vit qu'en employant les moyens qu'il croyait propres à augmenter l'absorption dans la poche de l'abcès, la nécessité des ponctions devenait de moins en moins grande.

Nous avons vu qu'il avait obtenu des succès en combinant la méthode de résorption et les ponctions.

Boyer (1) imagina un procédé de ponction qui paraissait devoir réaliser les meilleures conditions pour éviter l'accès de l'air. Il se servait d'un bistouri étroit qu'il plongeait très obliquement en tendant la peau, afin de pouvoir suspendre plus aisément le cours du pus quand il la lâcherait, l'ouverture de la peau se trouvant alors éloignée du sac purulent.

(1) Boyer. Traité des maladies chirurgicales, t. I, p. 85, édition de 1831.

Mais, pour Boyer, la méthode des ponctions n'empêche pas la mort des malades ; elle sert tout au plus à en éloigner le moment.

C'est qu'en effet, outre que, dans quelques cas, la ponction est suivie d'accidents inflammatoires, il arrive très souvent qu'après les 3e, 4e, 5e ponctions, la dernière ouverture ne se cicatrise pas, ou bien, si elle se cicatrise, une de celles faites précédemment s'ouvre. Le malade succombe alors le plus souvent, miné par une suppuration continuelle.

Parlerons-nous de la modification que M. Alliot de Montagny apporta au procédé de Boyer? Il incisait la peau à 5 cent. de l'abcès et glissait jusqu'à celui-ci à travers le tissu cellulaire une sonde cannelée destinée à l'ouvrir par sa pointe. En 1841, M. Jules Guérin, proposa et employa comme instrument perforateur son trocart aplati.

Abernethy, Alliot de Montagny, Robert, citent des faits de guérison. L'observation de Robert est même fort intéressante, car on fait sept ponctions à des intervalles plus ou moins éloignés. Les plaies se cicatrisent toutes par première intention, le pus reste inodore et le malade guérit.

Mais par contre, que de faits malheureux !

Boyer cite quatre observations : ce sont quatre morts, Bégin, Payan d'Aix, Laugier préfèrent de beaucoup les incisions larges.

Mais comme nous l'avons déjà fait remarquer, les ponctions sous-cutanées, soit par la méthode de Boyer, soit par celle d'Abernethy, ne sont plus employées par personne et ce que nous devons rechercher avec plus d'attention, c'est si la méthode d'aspiration, surtout avec l'appareil Dieu-

lafoy, a pu faire disparaître les nombreux inconvénients qui rendaient les ponctions si désastreuses.

§ II. — *Ponctions avec aspiration.*

Il est inutile de rechercher si les anciens s'étaient servis des pyulques pour évacuer le pus des abcès par congestion.

M. Antoine Petit (de Lyon) et à sa suite Boyer appliquaient des ventouses sur les points ponctionnés.

Hardman proposa, en 1805, de substituer à la ventouse de Petit un instrument propre à faire le vide.

Mais c'est Pelletan qui, en 1851, paraît avoir proposé et fait exécuter le premier un instrument destiné à l'évacuation des liquides par aspiration à l'abri du contact de l'air. Le mémoire présenté avec l'instrument à l'Académie de médecine, en 1831, n'a pas été publié ; mais cet instrument est longuement décrit dans la table générale du *Journal de chimie médicale* (1re série, 1831-1836, page 105, tableau qui a paru en 1836). Il s'agit bien d'une pompe aspirante et refoulante, destinée à aspirer le liquide et à l'évacuer au dehors par un conduit latéral sans laisser entrer l'air dans le foyer des épanchements pleuraux, des abcès par congestion. Le corps de la pompe est en cristal afin de laisser voir l'aspect du liquide.

En 1843, M. Jules Guérin se servit également d'un appareil aspirateur, mais la ponction, au lieu d'être directe, était sous-cutanée.

L'appareil que M. Dieulafoy présenta en 1869, à l'Académie de médecine, a fait complètement oublier l'instrument de M. Jules Guérin.

Nous croyons qu'il est absolument inutile de décrire la seringue à aspiration de M. Dieulafoy et tous les instruments analogues qui furent inventés depuis. Tout le monde les connaît.

M. Jules Guérin apporta dans la défense de la ponction sous-cutanée au moyen de son appareil une ardeur très grande. Il écrivait (1) qu'avant lui on ne pouvait citer un seul cas de guérison authentique, survenue à la suite de l'ouverture chirurgicale des abcès par congestion et que, grâce à sa méthode, la guérison de ces collections purulentes est la règle et la mort l'exception.

Une commission composée de Blandin, P. Dubois, Jobert, Louis, Rayer, Serres et Orfila président, fut nommée pour suivre à l'hôpital des enfants, les traitements orthopédiques de M. Jules Guérin.

Six malades atteints d'abcès par congestion furent soumis à son examen et voici ce qu'elle constata. Sur ces 6 malades, 3 ont été complètement guéris, 2 sont morts et 1 a été très amélioré.

Nous avons dans le chapitre précédent, indiqué deux observations de guérison qui appartiennent à cette série. A la suite d'une ou deux ponctions et grâce à l'eau de Sedlitz, les abcès se résorbèrent complètement.

Mais le troisième malade qu'on donne comme guéri ne le fut réellement que pour quelque temps. L'abcès se reproduisit, s'ouvrit spontanément, et le malade mourut.

Sur les 6 malades de M. Jules Guérin, ce n'est que dans les deux cas que nous avons rapportés que ne s'établissent pas de fistules; aussi les malades guérissent. Dans les quatre autres il y a des fistules; deux meurent, un voit sa

(1) Gaz. méd. de Paris, 1855, p. 199.

fistule se fermer momentanément, elle s'ouvre et il succombe. Quant au troisième, il est dit dans le rapport que les deux orifices fistuleux qui s'étaient établis sont réduits à deux pertuis qui laissent suinter à peine quelques gouttelettes de sérosité. L'état général n'est pas mauvais, l'enfant est sans fièvre, n'a ni diarrhée ni sueurs ; mais il n'en est pas moins vrai que lorsque la commission cesse de le voir il a deux fistules et nous ne savons que trop quel est en général le sort malheureux de ces malades.

Le rapport de la commission est très favorable et cependant combien est défectueux, dangereux, ce procédé de traitement.

Ainsi l'extraction du pus était très difficile. Après deux ou trois aspirations, le liquide n'arrivait plus dans le corps de pompe et c'est en vain qu'on veut désobstruer la canule avec un stylet. Il était absolument nécessaire de faire une autre ponction.

Dans la relation du troisième cas nous lisons ceci : « A la deuxième ponction, l'extrémité de la canule se bouche entièrement avant l'évacuation complète du foyer. Des flocons de matière tuberculeuse, infiltrés dans les petites ouvertures latérales de cette dernière, en augmentent le diamètre et le volume, de sorte qu'en la retirant, le pus restant de l'abcès se précipite dans le trajet et s'écoule par l'ouverture.

« Le lendemain, l'appareil est imprégné de pus et un écoulement se fait constamment par l'ouverture de la ponction restée béante. Le foyer devient le siège d'une vive inflammation. La réaction locale est accompagnée de symptômes généraux qui annoncent un commencement de résorption, tels que toux, oppression et même un peu de

cyanose; en outre, dévoiement abondant, fièvre peu développée. »

Avec le procédé de M. Jules Guérin, M. Fleury (de Clermont) compte 3 insuccès sur 3 malades.

M. Michel de (Nancy), a employé deux fois la ponction et l'aspiration: ses deux malades ont succombé, l'un au bout de 2 mois et l'autre au bout de 4 mois. Dans un cas, la première ponction reste fistuleuse.

« Pour nous, écrivent les auteurs du Compendium de chirurgie, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs malades adultes auxquels des abcès par congestion avaient été vidés par la ponction sous-cutanée et l'aspiration, et les résultats dont nous avons été témoins ont été les mêmes que ceux qu'on obtient par les autres procédés. A la 3e ou à la 4e ponction, l'ouverture est restée fistuleuse, ou bien une des cicatrices s'est ouverte pour ne plus se cicatriser, les malades se sont affaiblis et ont succombé au bout de quelques mois.

Denonvilliers (Dict. encyclopédique) estime que l'opération de M. Jules Guérin est l'opération d'Abernethy et de Boyer, plus parfaite dans quelques-uns de ses points, plus défectueuse dans quelques autres; aussi a-t-elle produit entre ses mains, et quoiqu'il en ait secondé l'emploi par un traitement général bien dirigé, des résultats qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'avaient obtenu ces illustres chirurgiens.

Robert (1) a vu un cas dans lequel, sans qu'il y ait pénétration de l'air dans la cavité de l'abcès et la plaie de la ponction étant réunie par première intention, une violente inflammation est survenue, le pus s'est décomposé et

(1) Robert. Clinique chirurgicale, 1860, chap. VII, p. 198.

est devenu fétide et il s'est développé dans le foyer une quantité considérable de gaz constituant une sorte de tympanite de l'abcès. Le développement de l'infection putride n'est donc pas toujours lié uniquement à l'introduction de l'air dans la cavité de l'abcès et reconnaît évidemment d'autres causes.

Robert croit que la guérison par la ponction seule est rare. Ce mode de traitement peut amener un soulagement considérable, il peut retarder de beaucoup l'époque de la reproduction de l'abcès, mais cela ne constitue pas une guérison.

Si nous récapitulons, nous voyons que la ponction sous-cutanée avec aspiration entraîne de grands inconvénients.

Le plus souvent, des fistules s'établissent après quelques ponctions.

L'opération n'est pas toujours facile; quelquefois même elle n'est pas possible. Des grumeaux, des flocons fibrineux s'introduisent dans la canule du trocart et très souvent malgré l'emploi d'un stylet pour les repousser il faut renoncer à l'aspiration et faire une autre ponction.

Nous avons vu qu'il peut arriver que des grumeaux engagés dans les ouvertures latérales de la canule en augmentent le diamètre, de sorte qu'en la retirant, le pus restant de l'abcès se précipite dans le trajet et s'écoule par l'ouverture.

Enfin Robert signale de graves accidents après une seule ponction et quoique la plaie se fût cicatrisée par première intention.

Voyons maintenant si l'aspiration au moyen des appareils de Dieulafoy, Potain, Castiaux, échappe à ces objections.

M. Dieulafoy (1) rapporte dans son livre six observations d'abcès par congestion traités par l'aspiration. La collection purulente a disparu et les malades ont été considérés comme guéris. On n'a constaté d'accidents dans aucun cas, aucun de ses malades n'a été pris de fièvre, de frissons, ni de symptômes d'infection. On trouvera ces observations à la fin de ce chapitre.

Sans doutes elles sont intéressantes, mais elles ne nous semblent pas définitives. En général on n'a pas suivi assez longtemps les malades. Dans la première observation, la dernière ponction a eu lieu le 10 novembre et le malade sort le 20 décembre.

Les deux dernières observations ne sont considérées par M. Dubreuil qui les rapporte que comme des améliorations, car les malades sont sortis de l'hôpital un mois après la dernière ponction. Il est très probable que le pus s'est reproduit. En somme, ces observations ne sont pas concluantes et Abernethy, Jules Guérin et Robert ont obtenu des résultats semblables au moyen des ponctions sous-cutanées.

Ce qui résulte des faits connus, c'est que les inconvénients et les dangers sont les mêmes, que les ponctions soient faites avec le bistouri, le trocart plat et la seringue de M. Jules Guérin ou les appareils de Dieulafoy, Potain, Castiaux, etc.

Il est dit dans de nombreuses observations qu'on a essayé de ponctionner l'abcès avec les aspirateurs Dieulafoy, Potain, etc., mais que des grumeaux s'engagent dans le trocart et le pus, ne pouvant sortir, on a éte obligé de renoncer à ce mode d'intervention.

(1) Dieulafoy. De l'aspiration pneumatique sous-cutanée. Paris, 1873, p. 430.

On a observé également des fistules à la suite des ponctions. Dans l'observation II de M. Dieulafoy, l'ouverture devient fistuleuse à la suite de la quatrième aspiration. Fort heureusement elle se ferme trois semaines après, et le malade peut être considéré comme guéri.

Mais voici des faits plus malheureux. Nous trouvons l'observation suivante dans la Revue médicale de Limoges, mars 1873.

Abcès par congestion à gauche. En octobre, ponction et aspiration au moyen de l'appareil de Castiaux. La poche se remplit de nouveau peu de jours après. Il s'établit bientôt une fistule. En novembre apparaît une autre tumeur dans la région supérieure et antérieure de la cuisse droite. Le 15 novembre, ponction et aspiration avec l'appareil de Potain et on retire 200 grammes de pus.

La 17, la tumeur s'est reproduite, mais elle est gazeuse ; elle est formée par l'air atmosphérique qui a pénétré du côté gauche aspiré par les mouvements du diaphragme.

Le malade meurt le 15 janvier.

Voici une autre observation que nous trouvons dans les Bulletins de la Société anatomique, 1874, page 870.

Abcès par congestion au-dessous de la partie interne du pli de l'aine. L'état général est bon. Ponctions au moyen de l'appareil de Potain les 19 février, 1er mars, 13 mars. Les ouvertures faites par le trocart se transforment en fistules qui laissent écouler chaque jour une quantité considérable d'un pus crémeux, bien lié. Le malade s'épuise, il s'affaiblit et maigrit.

Au commencement de juillet, le malade est dans le marasme, il meurt peu après.

Solland (1) rapporte une observation identique à celle de Robert. Des phénomènes d'infection purulente apparaissent, quoique le point ponctionné se fût cicatrisé par première intention et sans qu'il y ait eu pénétration de l'air dans la cavité de l'abcès.

Observation.

Ravineau, 24 ans. Constitution forte et vigoureuse. Abcès par congestion, situé immédiatement au-dessus de l'aine droite. Déformation peu apparente du rachis. Le 11 mai 1873, ponction de la tumeur et aspiration au moyen de l'instrument de Dieulafoy de 1200 grammes d'un pus crémeux et bien lié. Malgré les précautions prises, le malade subit depuis cette époque, par suite de la communication probable du foyer avec l'air extérieur, tous les accidents de l'infection purulente. Mort le 28 juin 1873.

D'après M. Augagneur (Gaz. hebd. 1882, p. 573), M. le professeur Tripier, de Lyon, est absolument opposé aux ponctions qu'il considère comme un moyen palliatif. Tòt ou tard il faut arriver à l'ouverture, mieux vaut tôt que tard ; en introduisant le trocart aspirateur, on peut faire pénétrer des germes susceptibles de déterminer les plus graves complications.

Il nous semble qu'on peut dire des ponctions faites au moyen des appareils aspirateurs Dieulafoy, Potain, etc. ce que disait Denonvilliers de l'opération de M. Jules Guérin : c'est toujours l'opération d'Abernethy et de Boyer plus parfaite dans quelques-uns de ses points plus, défectueuse dans quelques autres.

(1) Solland. Thèse de Paris, 1875. Considérations sur l'étiologie du mal de Pott et en particulier sur l'influence du froid.

Observation I (Dolbeau).

Jean Gaudey entre à l'hôpital Beaujon le 9 juin 1871, service de M. Dolbeau.

Abcès par conjection siégeant dans la fosse iliaque gauche et descendant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse gauche.

Déformation de la première vertèbre lombaire gauche, qui est douloureuse à la pression.

Quatre ponctions le 20 juillet, le 4 août, le 18 septembre et le 10 novembre.

Le 6 août, après la deuxième ponction, le malade a des nausées, de l'anorexie et de la fièvre. Puis, un érysipèle apparaît. On donne de l'émétique en lavage pendant trois jours; les symptômes s'apaisent, et le malade entre en convalescence.

A la suite de la quatrième ponction, la tumeur n'a plus reparu, les mouvements sont devenus faciles, et le malade sort le 20 décembre 1871 après six mois de traitement pour reprendre son service au chemin de fer de l'Ouest.

Observation II (Jessop, de Londres).

M. T...., 40 ans. Légère déviation des vertèbres au niveau de la région dorsale à sa jonction avec la région lombaire. Abcès du psoas qui prenait les dimensions d'une orange quand le malade était debout.

Le 10 juin, aspiration de 6 onces 1/2 de pus en vidant l'abcès aussi complètement que possible. Le liquide reparut, et le 28 juin, nouvelle aspiration de 3 onces 1/2 de pus. A partir de ce moment, l'abcès put être considéré comme guéri, car bien que le 7 janvier j'aie de nouveau introduit l'aiguille dans le cas où le liquide se serait ensuite reformé, je n'en ai pas retiré la moindre quantité. Actuellement, aucune différence entre les deux côtés, et le malade est exempt de toute douleur. Cependant la déviation des vertèbres persiste.

OBSERVATION II (Dieulafoy).

Abcès par congestion siégeant dans la région inguino-crurale droite.

Pas de gibbosité, mais depuis deux ans douleur assez vive et très limitée au niveau des dernières vertèbres dorsales.

Du 10 mars au 15 avril, quatre aspirations. Le malade s'étant fatigué outre mesure les jours suivants, *l'ouverture devient fistuleuse* et le pus s'écoule goutte à goutte. Après trois semaines, cette ouverture se ferme et l'on peut croire le malade guéri, lorsque la poche purulente reparaît de nouveau.

Le 20 mai, cinquième aspiration, 55 grammes de pus. Etat général bon. Deux autres aspirations sont pratiquées à quelques jours de distance, et, depuis cette époque, le liquide ne s'est plus reformé, et le malade peut être considéré comme guéri.

OBSERVATION IV (Dolbeau).

Abcès par congestion dans la région iléo-inguinale droite. Pas de gibbosité. Douleur fixe exagérée par la pression au niveau de la dernière vertèbre dorsale, Quatre aspirations. Compression. Guérison.

OBSERVATION V (Dubreuil).

Abcès par congestion de la région inguino-crurale gauche. Gibbosité peu considérable et très douloureuse à la pression à la partie inférieure de la région dorsale du rachis.

Le 12 septembre 1872, une ponction qui donne issue à 250 gr. d'un pus séro-sanguinolent sans odeur. Bandage compressif de laine.

Le 3 octobre, les douleurs ayant diminué et la tumeur ne s'étant pas reformée, la malade a pu quitter l'hôpital.

Observation VI (Dubreuil).

Abcès par congestion siégeant au-dessus du pli inguinal droit. Gibbosité au niveau des trois premières vertèbres lombaires.

Le 12 mai, première aspiration. Issue de 300 grammes de pus. Aucun accident. Après trois semaines, la tuméfaction a reparu, mais moins considérable, et on retire de nouveau 150 grammes de liquide. Compression.

Les douleurs disparaissent, la marche devient facile, et le 5 juillet le malade sort de l'hôpital ne portant plus trace de sa tumeur.

§ III. — *Ponctions suivies d'injections iodées.*

De tout temps, on a poussé dans la cavité des abcès des injections émollientes, astringentes, irritantes même. B. Bell conseillait d'injecter une faible dissolution de sucre de Saturne, de l'eau de chaux ou quelque autre doux astringent.

Lugol se servait d'une solution aqueuse iodurée pour traiter les abcès froids, les trajets fistuleux et d'après les préceptes du médecin de Saint-Louis plusieurs chirurgiens auraient injecté des solutions iodurés dans les trajets fistuleux venant de la colonne vertébrale. Mais tous ces moyens n'étaient considérés que comme des adjuvants et Lugol n'employait les injections iodurées que pour faire pénétrer dans l'économie une plus grande quantité d'iode.

Tout autre était le but de Boinet. Il prétendait guérir, au moyen de la teinture d'iode, et l'affection vertébrale cause de l'abcès et l'abcès lui-même.

C'est en 1849 que paraissent dans la *Revue médicale* et dans la *Gazette médicale de Paris* deux mémoires de

MM. Abeille et Boinet sur les injections iodées, où sont relatées deux observations d'abcès par congestion traités et guéris au moyen de la teinture d'iode.

Mais il faut bien dire que c'est à Boinet que revient le mérite d'avoir attiré vivement l'attention du public médical sur cette nouvelle méthode.

Le 10 septembre 1850, il présente à la Société de chirurgie un important mémoire où il se propose de démontre que, grâce aux injections iodées, les abcès par congestions cessaient d'être au-dessus des ressources de l'art.

Les conclusions de ce mémoire furent l'objet de discussions fort importantes à la Société de chirurgie pendant les années 1850, 52, 58.

Comme le travail de Boinet a été le point de départ des discussions et de l'expérimentation qui suivirent, nous croyons utile d'en donner une idée.

Après avoir indiqué, que d'après les auteurs anciens et modernes, les abcès par congestion du mal de Pott sont au-dessus des ressources de l'art, Boinet recherche quelle est la cause de cette gravité et critique les traitements employés jusqu'alors.

La gravité de ces abcès est principalement constituée par le siège de la carie, qui, fort souvent très éloignée du réservoir de la collection de pus, ne peut être atteinte ni traitée convenablement, et ensuite par le contact de l'air, soit qu'il provoque l'inflammation des parois du foyer, soit qu'il produise la viciation du pus.

Préoccupés de l'action si désastreuse de l'air, les chirurgiens se sont efforcés de l'éviter en n'ouvrant les abcès que le plus tard possible et à l'aide d'ouvertures très petites, de ponctions sous-cutanées.

Mais, en supposant qu'à l'aide de ces méthodes ou pro-

cédés divers d'ouvrir les abcès par congestion, les chirurgiens fussent parvenus à atteindre le but qu'ils se proposaient, la non pénétration de l'air dans le foyer, ils ne seraient encore arrivés qu'à un résultat fort imparfait, et l'avantage obtenu n'aurait été que momentané et par conséquent de peu de valeur, puisque, dans le cas d'occlusion immédiate, il se fait une nouvelle accumulation de pus et qu'au bout d'un certain temps le foyer se trouve aussi plein qu'avant la ponction. Mais, en outre, cette manière de vider le foyer, qu'elle garantisse ou non du contact de l'air, ne peut en aucune manière mettre un terme à la carie qui produit du pus d'une manière incessante et amène toujours une terminaison fatale, tantôt plus tôt, tantôt plus tard.

« La nouvelle méthode que je propose, dit Boinet, me paraît avoir l'immense mérite de permettre de guérir, en même temps que le foyer, la carie, cause première et principale de l'incurabilité des abcès par congestion. Son avantage sur toutes les autres méthodes connues jusqu'à ce jour est : 1° de pouvoir porter le médicament jusque sur les os cariés; 2° de prévenir l'infection putride en s'opposant à l'absorption des éléments du pus, qu'il soit vicié ou non

« En méditant sur cette question, je crus m'apercevoir que tous les accidents des abcès par congestion tenaient surtout à l'absorption du pus. ou de ses éléments et non à l'inflammation des parois du foyer, inflammation qu'il était même nécessaire de provoquer jusqu'à un certain point ; que s'il en était ainsi, l'indication était toute trouvée. En prévenant cette absorption si dangereuse, en guérissant la carie et en mettant les parois des abcès dans des conditions voulues pour leur adhésion, on devait arrêter tous les accidents et produire une guérison radicale.

« Dirigé par des vues générales de physiologie appliquées à la pathologie, ayant bien étudié l'action de la teinture iodique sur nos tissus, je pensai que l'on pourrait, par ce moyen, s'opposer à la viciation du pus des abcès ouverts, ou même que si le pus venait à être vicié, on pourrait s'opposer à son absorption et qu'on arriverait ainsi à prévenir tous les accidents de l'absorption putride. »

Voici maintenant les préceptes que donne Boinet pour employer les injections iodées et retirer de sa méthode tous les avantages qu'il indique.

Il faut, comme le conseillait Boyer, ponctionner les abcès par congestion le plus tôt possible : la carie est moins étendue, la poche de l'abcès moins considérable. Après avoir vidé l'abcès le plus complètement possible, on doit faire une injection iodée. En 1858 (séance de la Société de chirurgie du 27 janvier), Boinet conseillait, avant de pousser l'injection, de faire des lavages à l'eau tiède et de ne laisser dans le foyer aucune matière coagulable.

La quantité de teinture d'iode à injecter varie suivant l'étendue du foyer, mais elle doit être suffisante pour pouvoir pénétrer dans toutes ses anfractuosités, les toucher, les imprégner pendant quatre ou cinq minutes au moins, après quoi on en laisse écouler la plus grande partie. On peut, sans inconvénient, laisser dans le foyer le quart ou le tiers de l'injection. Bonnet (de Lyon), injectait 60 grammes de teinture d'iode pure qu'il abandonnait ensuite complètement dans le foyer ; il cherchait ainsi à faire absorber l'iode qui devait exercer une influence salutaire sur toute la constitution. Il y a une observation fort intéressante de Bonnet (de Lyon) où il suivit cette pratique. Le malade guérit, mais après chaque injection il pré-

sentait des phénomènes de surexcitation générale produits par la pénétration de l'iode dans l'économie.

Boinet préférait employer, pour les deux ou trois premières injections, un mélange à parties égales d'eau et de teinture d'iode avec quelques grammes d'iodure de potassium. Pour les injections suivantes, il employait souvent la teinture d'iode pure.

Il faut évacuer le pus assez souvent, c'est-à-dire tous les huit ou dix jours. Tôt ou tard, une ouverture reste fistuleuse. Alors le but de l'injection iodée est de transformer l'abcès en un trajet fistuleux. Boinet n'y a recours alors que lorsque le pus s'altère ou coule trop abondamment. C'est le pus qui le guide, qui lui donne les indications. Si le pus est de bonne nature, il reste quelquefois 15 jours et plus sans faire d'injections.

Comme il faut que l'injection puisse arriver jusque sur les os malades, il sera utile de donner au malade une position qui favorise l'arrivée du liquide au fond du foyer. On élèvera par exemple le bassin au moyen d'un oreiller placé sous le sacrum.

Si l'on veut obtenir une guérison radicale, il faut continuer longtemps ces injections, six mois, un an et même plus, jusqu'à la guérison complète de la carie.

On ne doit pas négliger le traitement général et il faudra ordonner un régime fortifiant et nutritif, les préparations ferrugineuses, le vin iodé, l'huile de foie de morue. Boinet gardait ses malades au lit le moins possible. S'ils marchaient encore au moment où ils étaient opérés, il ne les condamnait pas au repos.

D'ailleurs, à la suite des injections, les symptômes de réaction sont nuls ou peu prononcés; les douleurs sont

plus ou moins vives, suivant l'idiosyncrasie des individus.

Ainsi donc, d'après Boinet, les injections iodées auraient un triple effet :

1° Elles agiraient de la manière la plus heureuse sur les os malades et guériraient la carie;

2° Elles s'opposeraient à la viciation et à l'absorption du pus par la poche de l'abcès et préviendraient ainsi l'infection putride, si par hasard la décomposition du pus n'avait pas été empêchée;

3° Elles détermineraient enfin dans les parois du foyer des modifications favorables à leur accolement, à la cicatrisation et à l'oblitération définitive de l'abcès.

Les avantages que, suivant leur auteur, présentaient les injections iodées étaient si remarquables que de toutes parts on se mit à expérimenter la nouvelle méthode.

A l'appui de ses conclusions, Boinet apportait quatre faits. Nous laisserons de côté la première observation, car il s'agit d'une carie de l'articulation coxo-fémorale. Les autres cas, sans être d'une égale importance, sont des exemples d'abcès par congestion du mal de Pott.

Les voici :

1° Carie du sacrum avec abcès, chez une demoiselle de 38 ans. Guérison après 8 mois de traitement.

2° Carie des 3e, 4e, 5e vertèbres cervicales. Deux abcès par congestion, chez une jeune fille de 21 ans. Guérison après 63 jours de l'usage des injections.

3° Enfant de 9 ans, présentant une carie de la colonne vertébrale avec gibbosité et vaste abcès par congestion qui contenait plus d'un litre et demi de pus. Cinq injections iodées ont suffi pour le guérir radicalement et sa santé qui

était très compromise au moment de l'opération s'est considérablement améliorée.

Depuis lors, les observations se sont multipliées et nous en avons pu recueillir 35, danslesquelles on trouve 21 guérisons et 14 morts.

Mais à ces cas malheureux il faudrait joindre les faits de Marjolin, Demarquay, Chassaignac, Larrey, qui ne sont qu'indiqués. (Société de chirurgie, 1852-1858.)

M. Jules Guérin (*Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 603) affirme que M. Abeille a fait plusieurs tentatives infructueuses et que M. Boinet aurait perdu un malade dans d'excellentes conditions d'expérimentation.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 20 janvier 1858, Boinet cite plusieurs faits de guérison et dit qu'il n'a perdu qu'un petit nombre de malades, mais il eût été nécessaire qu'il donnât des explications plus détaillées sur ces échecs.

Dans ces conditions, il nous semble impossible d'examiner la valeur de la méthode en nous basant sur le chiffre des succès et des insuccès. D'autant plus qu'il y a des guérisons qui véritablement ne sont pas dues aux injections iodées, etc., obs. V et VI du mémoire de Michel et qu'il y a des insuccès qu'on ne peut en toute justice mettre sur le compte de la méthode de Boinet : — faits de MM. Alquié (1), Hamélius (de Louvain) (2), Fleury (de Clermont) (3), Bonnafond. Dans ces cas, la méthode n'a

(1) Alquié. Revue de thèrapeutique du Midi, 15 nov. 1850 et 15 mars 1851, p. 129.

(2) Hamélius (de Louvain). Moniteur des hôpitaux, 28 mai et 10 septembre 1853.

(3) Fleury (de Clermont). Gaz. méd. de Paris, 1850, p. 732.

pas été suivie d'une manière convenable ou a été abandonnée.

Il y a certainement des observations de guérison fort remarquables : Boinet, Notta (de Lisieux), Bonnet (de Lyon), Forget. Mais presque toutes les méthodes peuvent en revendiquer de semblables et pour asseoir notre jugement nous préférons, nous basant et sur les discussions qui eurent lieu à la Société de chirurgie en 1852 et en 1858 et sur les opinions des auteurs les plus recommandables, examiner si les effets attribués par Boinet aux injections iodées sont absolument certains.

Eh bien, les membres de la Société de chirurgie qui prirent part aux discussions furent à peu près unanimes à considérer comme non fondées les prétentions de la nouvelle méthode.

Robert, Deguise fils, Larrey, Marjolin, Demarquay, Chassaignac, Voillemier n'ont eu que des insuccès. Bien plus, Marjolin et Chassaignac ont pensé que la vie des malades avait été abrégée par le traitement.

Pour Giraldès, les injections iodées sont un moyen adjuvant et rien de plus.

« Lorsqu'on soumet, dit Robert (Société de chirurgie, avril 1852), les abcès symptomatiques à l'emploi des injections iodées, le foyer s'enflamme peu, le pus est à peine fétide ; les malades n'ont d'abord pas ou presque pas de fièvre, ils semblent échapper à l'intoxication putride et à ses redoutables effets, leur état donne de l'espoir, mais la maladie ne se termine pas pour cela. La suppuration persiste plus ou moins abondante ; les forces et l'appétit diminuent; il survient de l'amaigrissement, de petits accès fébriles le soir, du dévoiement, la fièvre hectique et le mamalade succombe. »

Seuls, Broca et Forget élèvent la voix en faveur des injections iodées.

Le discours que prononça Broca, à cette occasion, le 13 javier 1858, à la Société de chirurgie est si important par les considérations qu'il émet sur le traitement en discussion, sur le mal de Pott et les abcès par congestion que nous croyons devoir en rapporter des passages.

Il ne saurait partager le scepticisme de quelques-uns de ses collègues sur les effets des injections iodées. Il a traité avec succès un malade par cette méthode. C'était un corroyeur de 25 ans, qui portait un volumineux abcès par congestion occupant à la fois la région iliaque, la région inguinale et la région fessière. Le 13 septembre, aspiration du pus, puis injection de 2/3 de litre de teinture d'iode étendue de 2 parties d'eau. La tumeur se gonfla de nouveau les jours suivants; puis elle commença à diminuer. Vers le milieu d'octobre, elle était réduite environ à la moitié de son volume primitif; mais elle paraissait devoir rester stationnaire. Le 23 octobre, ponction qui ne fut pas suivie d'injection. Dès lors, la tumeur cessa pour toujours de presenter de la fluctuation. Le 15 janvier, jour où le malade quitta l'hôpital, la guérison était parfaite, il ne restait plus aucune trace de l'abcès. J'ai rencontré cet homme quelques mois après, il allait toujours très bien et avait repris sans inconvénient sa pénible profession.

« Dans ce cas, l'iode n'a pas été seulement un adjuvant, il a été l'agent de la guérison. Faut-il en conclure que le contact de ce médicament ait suffi pour faire cicatriser en quelques semaines l'altération osseuse qui avait été la cause de l'abcès? Non; je suis convaincu, au contraire, que la maladie de l'os n'a subi aucune modification par la raison qu'elle était déjà guérie spontanément avant l'in-

jection, ainsi que j'en ai vu plusieurs exemples. J'ai présenté à la Société anatomique, il y a plus de dix ans, des pièces qui m'avaient paru alors fort extraordinaires. C'était un vaste abcès par congestion auquel le malade avait succombé, quoique la lésion de la colonne vertébrale fût entièrement cicatrisée. Le foyer purulent n'avait aucune connexion avec le squelette, et nous avions cru d'abord qu'il s'agissait d'un abcès formé primitivement dans le psoas, mais, en y regardant de plus près, nous trouvâmes sur les côtés de la colonne lombaire les traces d'une carie cicatrisée et recouverte d'une épaisse couche de tissu fibreux accidentel, qui séparait la surface de l'os de la partie supérieure de l'abcès. La carie avait guéri spontanément et l'abcès avait ensuite fait périr le malade. Depuis lors, j'ai fait cinq ou six autopsies semblables et je suis convaincu que le malade dont je parlais tout à l'heure et dont l'abcès a guéri comme aurait pu le faire une hydrocèle à la suite d'une seule injection d'iode, je suis convaincu, dis-je, que ce malade était déjà guéri de sa carie, lorque j'ai eu recours à l'injection.

« Je considère comme tout à fait illusoire l'action de l'iode sur le tissu de l'os altéré. L'iode n'agit que sur les parois des abcès en modérant la suppuration, en la modifiant, en conjurant les accidents d'infection putride ou d'épuisemeut et en favorisant la rétraction de la poche. L'abcès finit par se transformer en un trajet fistuleux long et étroit qui fournit une petite quantité de pus et qui dès lors ne menace plus la vie des malades. »

Voici quelles étaient les conclusions de Broca :

1° Les injections iodées n'exercent absolument aucune action sur l'état local des os malades ;

2° Elles exercent, au contraire, une action des plus favo-

rables sur les parois des abcès par congestion et ce moyen, quoique fort douteux dans ses résultats, est préférable cependant à tous les autres moyens locaux qui ont été préconisés jusqu'ici.

Forget pense également que certains abcès par congestion, même ceux qui viennent de la colonne vertébrale peuvent guérir à la faveur des injections iodées. Il cite l'exemple suivant, qui est fort remarquable. (Société de chirurgie, 20 janvier 1858.)

« Il s'agissait d'un enfant atteint d'un abcès par congestion qui pouvait passer pour un type du genre. Il y avait des fourmillements dans les membres inférieurs et quelques autres phénomènes dépendant d'un léger degré de méningite rachidienne. Il y avait une gibbosité lombaire très apparente ; nous avons trouvé dans le pus de petits séquestres ; jamais, par conséquent, le diagnostic ne fut plus certain. M. Robert avait vu l'enfant et l'avait considéré comme voué à la mort. Je l'ai opéré en présence de M. Piorry. Je fis d'abord une ponction avec le trocart ; mais le pus renfermait des grumeaux qui obstruaient la canule et je dus me résoudre à faire une ouverture au bistouri. J'ai poussé ensuite dans cette ouverture des injections multipliées. Chaque jour, on analysait le pus, et dès que ce liquide cessait de donner les réactions de l'iode, on poussait une nouvelle injection. L'enfant a été envoyé à la campagne, il a pris une grande quantité d'huile de foie de morue, de phosphate de chaux et d'iodure de potassium. Finalement, il a guéri, mais il est resté gibbeux. Le traitement a duré 2 ans 1[2 »

Forget reproche à Marjolin de n'avoir ponctionné les abcès que lorsqu'ils menaçaient de s'ouvrir. Il faut, dit-il,

agir de bonne heure. Plus le foyer est vaste, plus il est difficile à guérir.

Boinet voudrait aussi expliquer par l'influence mauvaise de l'hôpital les insuccès nombreux qu'on rapporte. Il a traité tous ses malades en ville.

Mais, lui répond Richard, c'est précisément à l'hôpital des Enfants que Bouvier a recueilli en une seule année six observations d'abcès par congestion guéris sans le secours des injections iodées.

Il nous semble que cette objection de Richard n'est pas absolument valable, car si l'influence nosocomiale peut être nulle pour un malade porteur d'un abcès non ouvert, elle se traduit trop souvent par des effets redoutables sur un malade qui suppure.

Et si nous examinons les observations de guérison, nous voyons que la plupart des malades ont été traités en ville ou bien que chez ceux qui ont été soignés à l'hôpital, les ponctions n'ont pas été suivies de fistules. C'est le cas des malades de Broca, Huguier, Nélaton, M. le professeur Trélat.

Après la discussion de 1858, on dirait que l'opinion des chirurgiens est absolument établie sur le peu de valeur des injections iodées, car non seulement on n'en parle plus à la Société de chirurgie, mais encore nous n'avons plus trouvé d'observations dans les recueils périodiques.

A une époque plus rapprochée de nous et alors qu'une expérience plus longue permettait un jugement plus sûr, nous voyons que les opinions des auteurs ne diffèrent pas de celles exprimées lors de la discussion de 1858.

Pour Laugier (Dict. de méd. et de chirurgie pratiques, art. Abcès par congestion), il est presque impossible dans les abcès par congestion à trajet sinueux et à poches suc-

cessives que la teinture d'iode pure ou étendue d'eau arrive au contact de l'os carié ou tuberculeux, qu'il s'agirait avant tout de guérir, puisqu'il est la source du pus. Aussi doute-t-il des succès qui ont été attribués à la méthode des injectons iodées et il les explique par la simple coïncidence de l'usage de ces injections et d'abcès guérissables spontanément. « J'ai tenté bien des fois, dit Laugier, sur des ulcères directs causés par la carie du tarse les injections iodées; j'ai versé la teinture d'iode pure ou étendue d'eau dans la cavité des cavernes osseuses mises à nu, et je dois déclarer que pas une seule fois je n'ai pu constater la moindre amélioration. Comment espérer alors un effet favorable d'applications moins directes du même topique à travers les cloaques incomplètement vidés des abcès par congestion?»

Denonvilliers (Dict. encyclopédique, art. Abcès par congestion, page 62) est absolument du même avis. Il a également employé bien des fois la teinture d'iode dans le traitement des caries extérieures et il n'en a pas moins été obligé après des semaines de traitement inutile, de revenir à l'instrument tranchant et au fer rouge. Plus d'une fois aussi il a traité les abcès par congestion par les injections iodées pratiquées suivant les prescriptions de Boinet, et il a eu trop souvent le regret de voir, même dans des cas assez favorables en apparence, l'ouverture devenir et rester fistuleuse après quelques ponctions, l'infection putride ou la fièvre hectique survenir et les malades succomber.

Il nous semble que les opinions des chirurgiens les plus éminents concordent assez pour nous démontrer de quelles illusions se berçait Boinet lorsqu'il prétendait guérir l'affection vertébrale au moyens des injections iodées. D'une part, il est difficile que l'injection arrive jusqu'au siège du mal et, d'autre part, l'expérience a prouvé que la tein-

ture d'iode appliquée sur des caries extérieures ne les modifient en aucune façon. Voici donc un fait généralement admis : l'injection iodée est impuissante à guérir l'affection vertébrale.

Ce qui paraît également assez bien établi c'est l'action antiputride, antiseptique de l'iode. Robert (1), qui a beaucoup étudié la question des injections iodées est fort affirmatif à ce sujet. « Ce sont les injections iodées, dit-il, qui constituent à mon avis le meilleur agent antiputride dont nous puissions disposer. L'iode agit chimiquement sur le pus et, en même temps, il modifie avantageusement la surface de la membrane pyogénique. L'influence des injections sur la marche des accidents de la fétidité du pus est incontestable ; dans certains cas même, cette action est immédiate et l'on peut, pour ainsi dire à volonté, faire renaître ces accidents en restant plusieurs jours sans pratiquer d'injections et les faire promptement disparaître en injectant dans le foyer une certaine quantité d'iode ». Mais en même temps il dénie aux injections iodées toute action sur l'affection osseuse.

En 1863, Chassaignac annonçait à la Société de chirurgie qu'il employait la teinture d'iode comme désinfectant et qu'il obtenait de bons résultats de la combinaison du drainage et des injections iodées.

On ne peut nier non plus que la teinture d'iode n'agisse sur les parois de l'abcès. Bonnafond a constaté, dans l'autopsie d'un individu qu'il avait traité par les injections iodées, que les parois de l'abcès qui avait été soumis au contact de cet agent médicamenteux étaient lisses, polies et présentaient tous les caractères d'un sujet fistuleux

(1) Conférences de clinique chirurgicale, 1860, p. 207.

marchant vers sa guérison. En outre, tous les tissus adjacents etaient parfaitement conservés, tandis que les abcès de la fosse iliaque gauche et du petit bassin, qui n'avaient pas reçu d'injection iodée, avaient détruit à une profondeur considérable tous les organes circonvoisins, quoiqu'ils fussent d'une formation plus récente.

D'après Boinet, la réaction serait nulle ou peu prononcée à la suite des injections iodées.

Mais, dans presque toutes les observations, nous voyons que les malades ont de la fièvre, de l'insomnie. Dans l'observation de Notta, la fièvre fut intense et dura longtemps. Dans celle de Bonnet (de Lyon) — il est vrai qu'on laissait dans le foyer 60 grammes de teinture d'iode pure — il y eut des phénomènes de surexcitation générale produits par la pénétration de l'iode dans l'économie; pendant les trois premiers jours qui suivirent, le malade fut très agité, il eut de l'insomnie, un malaise général et une fièvre assez forte.

L'injection est quelquefois fort douloureuse. C'est ainsi que le malade de Hamélius (de Louvain) pria de suspendre le traitement, tellement était forte la douleur qu'il éprouvait, et Michel (de Nancy) rapporte qu'il fut obligé de chloroformer la petite malade qui fait le sujet de son observation VII chaque fois qu'il lui faisait une injection iodée.

Ce n'est pas tout; la méthode de Boinet est loin d'être inoffensive. Chassaignac y avait renoncé parce qu'il y avait remarqué des phénomènes fort graves. Voici trois observations où la mort survenant très rapidement à la suite des injections iodées paraît avoir été déterminée par elles.

Observation de Voillemier, citée par Pain. Thèse de Paris, 1857.

K... (Antoine), 48 ans, cordonnier. Abcès dorso-lombaire.

1er décembre. Ponction, injection de 125 grammes de teinture d'iode mêlée d'eau.

Le 8 et le 18. Ponctions et injections iodées.

Le surlendemain, frissons, fièvre très vive avec redoublement le soir, perte d'appétit, diarrhée. Une ancienne piqûre s'est ouverte, du pus fétide s'écoule ; symptômes graves. Mort le 23.

Observation de Robert. Thèse de Pain, 1857.

Lambert, 55 ans. Abcès par congestion iléo-fémoral. Pas de gibbosité. En exerçant des pressions sur les apophyses épineuses, on détermine constamment au niveau des cinq dorsales moyennes une douleur très vive. Jamais de douleurs spontanées dans le rachis.

Le 8 mars 1853, ponction de l'abcès à la partie supérieure et externe de la cuisse avec le trocart plat et injection iodée de 125 gr. La plaie est fermée avec du diachylon.

A la visite du soir, état satisfaisant, pouls à 65. Pas de signes d'ivresse iodique. Vers 9 heures du soir du même jour, frisson très violent.

Le 9, au matin, face profondément altérée, pouls accéléré, petit; extrémités froides, prostration profonde. La partie supérieure de la cuisse gauche est tendue, gonflée, douloureuse, érysipélateuse. Le soir, tous les symptômes s'aggravent malgré le traitement. Mort à 9 heures du soir.

Autopsie. — Rien ne peut expliquer cette mort. La colonne vertébrale est saine.

Observation de Michel. Loco cito, p. 474.

Abcès très volumineux de la fosse iliaque gauche et de la partie supérieure et externe de la cuisse correspondante. Tubercules enkystés dans les corps des trois dernières vertèbres lombaires.

17 mars 1855. Ponction et injection de 250 grammes de teinture d'iode pure qu'on laisse en entier dans la poche.

Rien de nouveau les jours suivants.

Le 20. Abcès aussi plein que la première fois. Nouvelle ponction, nouvelle injection de 250 grammes laissée dans la tumeur.

Rien de nouveau les jours suivants dans la poche à l'exception de quelques élancements douloureux que l'on calme avec une pilule de 0,05 centigrammes d'extrait d'opium.

Après l'administration de la pilule opiacée qui eut lieu le 23 au soir, état de somnolence qui augmente le 24 et le 25, et sans autre symptôme. Il succombe le 25 mars, sept jours après la première ponction.

On ne trouve, à l'*autopsie*, outre les altérations des vertèbres et la poche pleine de pus qu'une très grande quantité de sérosité claire et transparente dans les ventricules du cerveau. Les reins ne présentent aucune lésion.

Dans l'observation suivante de Nélaton, le malade présenta des signes bien nets d'empoisonnement par l'iode.

Observation de Nélaton. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1853.

Un jeune homme affecté du mal de Pott portait aux deux cuisses des abcès par congestion.

Le 20 juin, ponction de l'abcès de la cuisse gauche. Injection de deux seringues à hydrocèle de la solution iodurée suivante : teinture d'iode, 1 partie ; eau distillée, 2 parties ; iodure de potassium, q. s. Il en ressortit environ la moitié.

L'opération avait été faite à 10 heures 1/2 du matin ; à 3 heures de l'après-midi, le malade éprouva des étourdissements et du trouble de la vue ; bientôt survinrent des vomissements de matières séreuses mêlées à du chocolat. En même temps, malaise extrême, peau humide, extrémités froides, pouls petit, filiforme ; respiration accélérée, et tous les signes d'une prostration profonde.

A cinq heures, les vomissements persistaient, mais le pouls s'était relevé. Même état le soir et toute la nuit.

Le 21. Persistance des vomissemonts, gémissements inarticulés, accablement; gonflement énorme des deux paupières supérieures, dont la teinte est violacée. Le malade se plaint de souffrir au fond de la gorge.

Le 22. Quoique abattu, il se sent un peu plus fort; il accuse plus nettement son mal. On examine la gorge, on y trouve de la sécheresse; la respiration est gênée, surtout pendant l'inspiration. Le malade tousse comme dans le croup; sa voix vibre.

L'observation n'en dit pas davantage.

Dans deux cas Robert a constaté la gangrène des parois de l'abcès.

Dans le premier cas, il s'agit d'un nommé Teigneux-Delaplante, d'abord soigné par Boinet, dans le service de Bazin à Saint-Louis.

Trois ou quatre injections iodées furent faites dans un abcès par congestion lombaire. A la suite de la dernière injection, de graves accidents survinrent, la gangrène s'empara des parois du foyer. Le malade quitta Saint Louis et alla mourir à Beaujou dans le service de Robert.

Dans son Traité d'iodothérapie, Boinet prétend que le malade allait de mieux en mieux et qu'il ne restait que des pertuis fistuleux lorsqu'il fut renvoyé de l'hôpital pour cause d'insubordination. La gangrène ne serait survenue que 70 jours après la dernière ponction et injection iodée. Mais le malade a assuré que les accidents de gangrène avaient été consécutifs à la dernière injection.

Voici la deuxième observation de Robert.

Un jeune paralytique, réduit au marasme, portait un abcès lombaire gauche; on fait trois ponctions suivies d'injections iodées. Pas d'accidents dans les premiers jours. Plus tard les parois de l'abcès se gangrènent. Il quitte l'hôpital lorsque son état annonçait une mort prochaine.

Si, pour terminer cette longue discussion sur les ponctions suivies d'injections iodées, il nous était permis de formuler une conclusion, nous dirions que, d'aprèslesfaits connus et les opinions des auteurs :

1° Les injections iodées n'exercent absolument aucune action sur l'état local des os malades ;

2° Elles paraissent agir assez favorablement sur le pus et les parois des abcès par congestion, cette action est en core fort douteuse ;

3° Elles constituent un moyen énergique qu'il ne faut manier qu'avec prudence.

CHAPITRE III.

MÉTHODE DES LARGES INCISIONS. DRAINAGE. MÉTHODE DE LISTER.

La première idée qui est venue à l'esprit des chirurgiens en face d'une de ces vastes collections purulentes que provoque le mal de Pott, c'est qu'il fallait l'évacuer par une large incision. Et ils le faisaient d'autant plus volontiers, qu'ils pensaient que non seulement le pus était un corps étranger dont la présence ne peut être que pernicieuse, mais qu'il était de plus la cause directe de la carie des vertèbres.

Mais, lorsque Ledran, David, Pott, eurent démontré que la carie vertébrale était la cause et non l'effet des fusées purulentes trouvées dans les psoas et les régions lombaires; lorsque l'expérience eut fait voir que presque tous les malades traités par les larges incisions mouraient sous peu de jours, et que c'était l'accès de l'air dans la poche de la collection purulente qui déterminait les phénomènes graves observés à la suite de l'ouverture large des abcès par congestion, les chirurgiens, dès la fin du XVIII[e] siècle, modifièrent absolument leur pratique et préconisèrent l'abstention ou l'évacuation par de petites ouvertures.

Cette conduite a été suivie par la plupart des chirurgiens jusqu'à ces dernières années et l'ouverture large des abcès par congestion était considérée comme une méthode détestable devant amener plus ou moins rapidement la mort des malades.

En 1834, cependant, Lisfranc prôna de nouveau l'ancienne méthode des larges incisions, mais en la modifiant d'une façon tout à fait originale. Quoique la méthode de Lisfranc soit abandonnée, nous croyons devoir en dire quelques mots.

Deux interprétations avaient cours dans la science pour expliquer l'action si pernicieuse de l'air lorsqu'on ouvrait les abcès par congestion. Pour quelques chirurgiens, l'air enflammait les parois de la poche ; pour le plus grand nombre il déterminait directement la viciation du pus.

Abernethy (On chronic and lumbar abcesses, page 146) pensait que la fièvre et les mauvais effets résultant de l'ouverture des abcès chroniques dépendaient de l'état d'irritation et d'inflammation qui survient dans la poche de la collection purulente. « Leur violence, disait-il, correspond au degré d'inflammation locale. Ainsi, dans la vieille méthode d'ouverture des abcès chroniques par une incision d'une longueur considérable, la fièvre était beaucoup plus violente que lorsqu'on laissait ces abcès s'ouvrir d'eux-mêmes ou lorsqu'on les ponctionnait . » Nous avons vu comment, se basant sur ces considérations, Abernethy traitait les abcès par congestion.

De même, pour Lisfranc (1), la viciation du pus était due bien moins au contact de l'air qu'à l'inflammation des parois du foyer, et cette inflammation tenait à diverses causes dont le contact de l'air extérieur était la moindre.

Aussi pensait-il pouvoir prévenir ou éteindre cette inflammation par des évacuations sanguines locales. Comme Boyer, Lisfranc était d'opinion qu'il fallait ouvrir le plus

(1) Lisfranc. Gaz. méd. de Paris, 1834, p. 564, et Méd. op., t. I, p. 414.

tôt possible les abcès par congestion, dès qu'on y sent la fluctuation, et sa pratique consistait à les ouvrir largement et à appliquer près de l'incision et sur le trajet du foyer des sangsues en plus ou moins grand nombre. Il n'introduisait dans l'ouverture ni tente ni mèche ; pendant les premiers jours on soumettait le malade à une diète complète et on réitérait les applications de sangsues jusqu'à ce que tout danger d'inflammation fût passé.

Grâce à ce traitement Lisfranc prétendait n'avoir jamais observé de résorption purulente; bien plus, il parvenait ainsi à faire cesser des viciations purulentes qui existaient déjà lorsque les malades entraient à l'hôpital.

Robert (loco cito, page 200) a pu également, grâce à l'application de 50 à 60 sangsues sur le foyer faire disparaître des accidents d'infection putride survenus à la suite d'une ponction d'un abcès par congestion.

Lisfranc (Gaz. méd. de Paris, 1834) rapporte deux observations d'abcès par congestion du mal de Pott qu'il a traités par sa méthode. Les malades, après avoir présenté des accidents plus ou moins graves, se sont grandement améliorés. « Ce n'est pas, dit-il, que j'ose affirmer que nous parviendrons à les guérir ; car il faut bien distinguer dans leur affection deux choses : l'abcès par congestion et la carie des vertèbres. L'abcès par congestion ouvert par la méthode ordinaire les aurait infailliblement tués en peu de temps : c'est cette chance de mort que j'éloigne. La carie reste aussi inattaquable par un procédé que par l'autre et trop profonde pour qu'on puisse la combattre directement. Et cépendant j'ai vu dans quelques cas, rares à la vérité, le foyer vidé par une grande incision se resserrer peu à peu et finir par se cicatriser. Y avait-il eu carie réelle? Du moins tous les signes rationnels en

existaient et les malades ont gardé après leur guérison une incurvation légère de la colonne vertébrale. D'autres fois, j'ai vu le trajet de l'abcès se convertir en fistule étroite et ne donnant plus lieu qu'à un léger suintement. »

Nous ne croyons pas que beaucoup de chirurgiens aient imité Lisfranc. D'ailleurs (1), il paraîtrait que Lisfranc était revenu en 1846 à l'expectation pure et simple, qu'il laissait l'abcès s'ouvrir spontanément et qu'il se bornait à faire un traitement interne.

Bégin (2), Payan d'Aix (3) et à une époque plus rapprochée de nous Laugier (4) préconisèrent également les incisions larges des abcès par congestion, mais sans les faire suivre du traitement antiphlogistique imaginé par Lisfranc.

Michel (de Nancy) (5), que Denonvilliers et à sa suite beaucoup d'auteurs ont considéré comme préférant en toutes circonstances la méthode deslarges ouvertures n'en estpartisan que dans quelques cas particuliers. Dans les abcès rétro-pharyngiens il préfère les grandes incisions aux ponctions. Il préférerait encore l'incision s'il pouvait reconnaître les fistules qui tendent à se faire jour dans les organes importants de la vie. Si l'incision ne reçoit ici qu'une application limitée, il n'en est plus de même lorsqu'une fistule naturelle ou artificielle s'est définitivement établie ; ici elle revendique tous ses droits et Michel ne craint pas de lui assurer une supériorité marquée. Les exemples

(1) Journal des Connaissances médico-chirurgicales, 1846, p. 113.

(2) Bégin. Eléments de chirurgie, 1838, t. I, p. 100.

(3) Payan (d'Aix). Revue méd. française et étrangère, juillet 1847, p. 305.

(4) Laugier. Loco cito.

(5) Michel. Mémoire déjà cité. p. 489, et Dict. encycl., art. Rachis, p. 508.

abondent pour prouver que la rétention des liquides purulents dans leurs foyers favorise leur décomposition, et produit facilement un malaise local et général.

Une thérapeutique sage commande d'agrandir les trajets, de leur tracer des directions favorables à l'écoulement total des produits sécrétés.

Michel a eu également à se louer des grandes incisions lorsque la collection purulente est voisine du point osseux malade, comme au dos et au cou. Dans ce cas, tout en vidant la collection purulente, on peut atteindre le siège du mal, le détruire en réséquant avec succès la portion osseuse malade. Il a opéré ainsi avec succès deux individus adultes (Dict. encycl., art. Rachis, page 504), l'un d'une carie des tubercules de l'apophyse transverse gauche de la troisième vertèbre; chez l'autre, il y avait tout à la fois carie de l'apophyse mastoïde droite et de l'apophyse transverse de l'axis. Chez ces deux malades, il existait des abcès par congestion développés entre les espaces musculaires étendus de la tête à la clavicule.

Malgré ces tentatives pour réhabiliter les grandes incisions et malgré les succès rapportés par Bégin, Bensse, Lallemand, Rust, etc., la plupart des chirurgiens modernes n'hésitaient point à repousser le procédé de l'incision.

Mais deux grandes conquêtes chirurgicales, le drainage, la méthode antiseptique de Lister ont rendu complètement inoffensive cette méthode des grandes ouvertures qui était jusqu'alors et à si juste titre considérée comme fort dangereuse.

A vrai dire, lorsque Chassaignac appliqua le drainage à la cure des abcès par congestion, son but était d'imiter la nature dans les cas rares où la guérison survient à la suite de l'ouverture spontanée, c'est-à-dire évacuer le pus lente-

ment par une une petite ouverture et arriver ainsi à créer une fistule inoffensive d'abord, puis définitivement cicatrisable.

Pour lui, l'ouverture large des abcès par congestion est une méthode détestable amenant presque toujours la mort prompte des malades, soit par l'explosion soudaine d'une fièvre putride due à l'altération du pus et à un état phlegmasique de la cavité quelquefois très vaste de l'abcès, soit par un empoisonnement également putride marchant avec lenteur et s'accompagnant d'une véritable fièvre hectique.

Mais si Chassaignac blâme tant les grandes incisions, il était grand partisan de l'évacution du pus et n'hésitait pas à prescrire l'ouverture des abcès ostéopathiques quels qu'ils soient, aussitôt que cette ouverture est chirurgicalement possible.

« Mes motifs, dit-il (1), pour adopter cette opinion, se résument en ce seul principe, que la présence du pus dans l'économie étant fâcheuse et ne pouvant que nuire de plus en plus par la prolongation de son séjour dans nos tissus, on ne livre jamais trop tôt issue aux collections purulentes.

« Ouvrir les abcès carieux vertébraux, dit-il encore, sans donner lieu au phénomène de l'hecticité et transformer l'ouverture de ces abcès en fistules inoffensives, c'est là le point capital du *desideratum* chirurgical, et c'est sur ce point que doivent se concentrer tous les efforts du praticien dans le traitement de ces sortes d'abcès. »

Chassaignac pensait pouvoir atteindre ce but au moyen du drainage.

(1) Chassaignac. Traité de la suppuration et du drainage, 1859, t. I, p. 563, 556.

Nous ne croyons pas nécessaire de décrire le drainage fait avec le trocart de Chassaignac. Qui ne le connaît ? Nous parlerons tout de suite des résultats obtenus. Ils étaient loin d'être favorables.

Chassaignac, d'ailleurs, ne se faisait pas d'illusions sur la valeur de sa méthode. « Si le drainage, dit-il, pas plus que les autres méthodes de traitement ne réussit que rarement à empêcher la terminaison funeste, il peut au moins dans certains cas même désespérés retarder l'apparition des accidents mortels. »

Selon l'illustre chirurgien, le drainage aurait l'immense avantage d'être constamment inoffensif et voici quelles seraient d'après lui les raisons de cette innocuité.

1° D'abord il ne désemplit point brusquement la poche purulente, il établit un écoulement lent et continu du liquide.

2° Il permet assez difficilement l'introduction de l'air dans la cavité de l'abcès. En effet, la pointe du trocart agit en écartant les fibres des tissus et non en les divisant, de sorte que les tubes se trouvent étroitement embrassés à leurs orifices d'entrée et de sortie et ne permettent pas le passage de l'air par ces orifices. Si l'on considère d'autre part que le pus s'écoulant constamment par les trous dont le tube est perforé ne doit laisser que bien rarement l'air pénétrer dans le foyer, on comprendra que cet accident est bien peu à redouter. D'ailleurs en admettant que l'air réussisse à s'introduire dans la poche et altère le liquide sécrété, les inconvénients de cette altération du pus deviennent nuls, puisque le pus est incessamment évacué au fur et à mesure de sa production. Ce qui dans les autres méthodes et après l'évacuation de l'abcès ostéopathique fait le danger de la situation, c'est la rétention dans la ca-

vité morbide des produits purulents altérés. De là, l'infection putride et toutes ses conséquences désastreuses.

Mais la lecture des observations de Chassaignac ne nous a nullement convaincu et nous ne croyons pas que le drainage tel que le pratiquait le chirurgien de Lariboisière soit aussi inoffensif qu'il le pensait.

Voici ces observations. Nous y voyons qu'immédiatement après l'établissement du drainage et même dans le seul cas favorable, le malade est pris d'accidents qui doivent être imputés à l'opération.

OBSERVATION CCI (p. 566).

Sampierdarena, 45 ans. Mal de Pott. Abcès par congestions multiples. Drainage. Mort.

Entré le 5 février 1856 à Lariboisière.

Le 13. Drainage.

Le 15. Un peu de fièvre, frissons.

Le 23. Accès de fièvre très intense ; le soir, point de côté douloureux qui gêne la respiration. Suppuration très abondante.

Le 24. Persistance du point de côté. Fièvre considérable.

1er mars. Même état ; inappétence, diarrhée, fétidité extrême de la suppuration.

Le 6. Œdème général.

Le 12. Mort.

OBSERVATION CCII.

Abcès par congestion dépendant d'une carie vertébrale. Drainage. Le malade sort de l'hôpital alors que la fistule laissait encore écouler une matière purulente verdâtre, épaisse et assez abondante.

OBSERVATION CCIII.

Abcès par congestion bi-inguinal. Mal de Pott. Drainage. Amélioration pendant quelques mois. Mort. Entré le 22 octobre 1855 à Lariboisière. Mort le 2 janvier 1856.

Observation CCIV.

Abcès par congestion. Mal de Pott. Drainage derrière le ligament de Fallope. Mort sept mois après l'application du drainage.

Observation CCVII.

Abcès par congestion à la région inguinale gauche. Drainage. Amélioration temporaire. Mort par épuisement. Entré le 21 septembre 1855 à Lariboisière. Mort le 22 novembre.

Observation CCIX.

Consignée par Pain dans sa thèse inaugurale 1857. Mal de Pott. Abcès par congestion. Drainage et lavages répétés. Grande amélioration.

B... (Nestor), 23 ans. Entré le 2 octobre, 1856 à Labriboisière.

Le 6. Drainage.

Le 8. Quelques accidents, fièvre, pas de sommeil, inappétence, soif.

Le 12. Les accidents ont acquis une certaine gravité; pus de très mauvaise nature, séreux, fétide, douleurs très vives, fièvre continuelle présentant tous les soirs des redoublements suivis de sueurs abondantes, inappétence, insomnie. Ces accidents ne s'amendent qu'à la suite d'injections d'eau tiède répétées plusieurs fois par jour.

Le 4 novembre, après une certaine amélioration, les accidents recommencent, augmentation nouvelle de la suppuration, gargouillement à la pression, laquelle fait sortir par les ouvertures du tube un mélange de liquides et de gaz; l'amaigrissement et l'affaiblissement sont très prononcés. Ces symptômes persistent jusqu'au milieu de novembre, époque à laquelle il y a une amélioration sensible et qui se soutient désormais. La suppuration se tarit presque complètement, la fièvre se calme.

Le 27 décembre, le malade sort de l'hôpital; le tube en caoutchouc est enlevé et le malade conserve deux petits orifices fistuleux com-

muniquant avec un foyer qui désormais n'offre que peu d'étendue et fournit à peine de pus.

B... a repris de l'embonpoint, ne souffre plus et se trouve assez fort pour pouvoir reprendre ses occupations.

Observation CCX.

Abcès par congestion lombaire. Mal de Pott. Drainage.

Le 22 juillet 1856. Après une assez grande amélioration, la suppuration augmente notablement et le malade est en proie à une fièvre hectique liée à une tuberculisation pulmonaire.

Observation CCXI.

Abcès ostéopathique vertébral. Drainage d'un double abcès par congestion iléo-inguinal. Amélioration. Le malade est encore en traitement.

Ainsi, sur huit observations, nous trouvons quatre morts ; un malade est encore en traitement ; un autre est amélioré, mais sort de l'hôpital alors que la fistule laisse encore écouler une suppuration abondante. Un autre malade présente une fièvre hectique liée à une tuberculisation pulmonaire.

Ce n'est que dans un seul cas (obs. 209) que Chassaignac parvient au but vers lequel il tendait, à savoir : l'établissement d'une fistule inoffensive, mais après quels accidents !

Dans trois cas terminés par la mort, les malades meurent très rapidement, un et deux mois après l'opération.

Aussi Chassaignac renonça-t-il quelque temps à traiter par le drainage les abcès par congestion.

C'est ce qu'il nous apprend dans une communication qu'il fit à la Société de chirurgie en 1863, et où il dit

qu'après avoir renoncé au drainage dans le traitement des abcès symptomatiques du mal de Pott, il y était revenu et obtenait de bons résultats en le combinant aux injections iodées.

Nous n'avons trouvé consignés nulle part les résultats de cette pratique.

Dans la thèse de Bautier (1) nous trouvons quelques observations où le drainage paraît avoir donné des résultats plus avantageux. Mais il faut bien faire remarquer que ce n'est que dans une seule de ces observations qu'il s'agit d'abcès iléo-fémoraux qui sont les plus graves.

Observation III.

Légère déformation au niveau des dernières vertèbres lombaires et de la première sacrée. Abcès sous le mamelon gauche, du volume d'un poing fermé.

6 avril. On passe dans la tumeur deux petits tubes à drainage croisés. Le lendemain peu de fièvre.

1er mai. Le malade sort, la suppuration est à peine appréciable ; les forces sont un peu revenues.

Observation IV.

Déformation du rachis. Sur la partie latérale gauche du thorax, au niveau des neuvième, dixième et onzième côtes, tumeur de vingt cent. de long sur 10 cent. environ de large. Drainage ; aucun accident. Le malade sort ne conservant que deux fistules qui livrent passage à une faible quantité de pus. Absence absolue de réaction inflammatoire après l'application des tubes.

(1) Bautier. Traitement des abcès par congestion par le drainage. Thèse de Paris, 1869.

Observation V.

R..., 21 ans, entre le 27 mars 1869 à Necker, service de Desormaux.

A la racine de la cuisse, abcès par congestion gros comme une tête d'adulte. Gibbosité lombaire prononcée.

4 avril. Ponction suivie d'injection iodée puis la plaie iodée est fermée avec du collodion. Le lendemain, la fièvre s'allume, des envies de dormir se déclarent en même temps qu'une rougeur se manifeste sur la tumeur qui est très chaude. Le liquide s'est en partie reproduit.

Le 7. L'état s'aggrave, fièvre intense, frissons nombreux.

Le 8. En présence de ces accidents on passe un drain dans la tumeur. Dès le lendemain, la fièvre tombe, l'appétit revient et il y a une grande amélioration. La malade reste trois mois à l'hôpital. Elle a repris ses forces et la suppuration a notablement diminué. Elle sort le 6 juin avec une notable amélioration.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle montre les dangers de l'injection iodée.

Observation VII.

Delamarre entre à Lariboisière en septembre 1862. Trois vastes foyers purulents à la région dorsale. On rapporte leur point de départ à une affection des vertèbres dorsales. Drainage.

Le 27 février, les trajets fistuleux sont cicatrisés.

Observation VIII.

Abcès par congestion au niveau des lombes. Ni gibbosité, ni déviation anormale. Drainage. Guérison.

Pour M. Desprès (1), le drainage est le vrai traitement des abcès par congestion du mal de Pott lorsqu'on est obligé d'intervenir; car différant en cela d'opinion avec Chassaignac, il pense qu'il ne faut intervenir que le plus tard possible.

(1) Desprès. Chirurgie journalière, 1877, page 248.

Il rapporte une observation de guérison par le drainage. La voici :

Abcès par congestion de la fosse iliaque symptomatique d'une lésion des vertèbres lombaires, du sacrum et de l'os des îles. Drainage le 19 juin 1875 avec le trocart de Chassaignac. Beaucoup de pus en est sorti (un litre environ) peu à peu et sans qu'aucune pression ait été exercée sur la tumeur; celle-ci met trois jours à se vider.

Depuis l'opération il n'y a pas eu trace de fièvre, ni d'augmentation de la température.

2 janvier 1876. Les orifices par lesquels passe le drain ne laissent plus écouler de pus ; la santé générale est excellente, le malade se lève et circule.

Cette observation est vraiment remarquable. Malheureusement elle est exceptionnelle et toutes les autres méthodes de traitement en ont procuré une ou deux de semblables.

En résumé, le drainage pratiqué avec le trocart de Chassaignac ne nous semble pas une méthode préférable à celles que nous avons déjà passées en revue.

Mais les tubes élastiques perforés rendent d'immenses services quand on traite les abcès par congestion par la méthode de Lister.

L'échec des grandes ouvertures résidait en ceci : malgré l'ouverture large, le pus croupissait dans les diverticules, les clapiers nombreux, et subissait rapidement l'action désastreuse de l'air qui pénétrait en toute liberté dans l'abcès ainsi ouvert. De là les accidents d'infection purulente qui rendaient la méthode des grandes incisions si dangereuse à bref délai.

Le tube de Chassaignac, placé de façon à faire écouler le pus au dehors à mesure de sa production, a obvié au premier danger,— la rétention des liquides ; la méthode anti-

septique de Lister a fait disparaître le second,— leur viciation.

Ouvrir largement les abcès par congestion en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, les drainer avec soin et continuer jusqu'à guérison complète et fermeture des fistules les pansements antiseptiques, voilà en quoi consiste la méthode de Lister pour traiter les abcès provenant du mal de Pott.

On connaît les idées du chirurgien anglais sur les causes de la suppuration. D'après le professeur Lister (1), la membrane pyogénique n'a pas une disposition innée à former du pus, mais elle le fait seulement sous l'influence d'un stimulus extra-naturel. Dans un abcès ordinaire, qu'il soit aigu ou chronique, la cause initiale de la suppuration a cessé d'agir et le stimulus qui entretient la formation ultérieure du pus, c'est la présence du pus lui-même enfermé. Si l'on ouvre un abcès de la façon ordinaire, cette cause se trouve écartée, mais le stimulus puissant de la putréfaction prend sa place. Si, au contraire, l'abcès est ouvert antiseptiquement, la membrane pyogénique soustraite à l'action d'un stimulus, sans substitution d'un autre, doit, suivant la théorie, cesser de former du pus ; le patient sera délivré des troubles locaux et généraux dus à l'abcès sans courir les risques de fièvre irritative ou hectique.

« Les faits sont d'accord avec ces principes, dit Lister. Nous avons ouvert des abcès de grandes dimensions, qui, après évacuation de leur contenu initial, n'ont plus donné du tout de pus, l'écoulement devenant purement séreux, et, après peu de jours, se réduisant à quelques gouttes par vingt-quatre heures.

(1) Œuvres réunies de J. Lister. Traduction du Dr Borginon. Paris, 1882, p. 59, 60 et suiv.

« Comme exemple, je puis citer le dernier cas que j'ai eu à soigner. C'est celui d'une fille âgée de 25 ans, atteinte d'abcès psoïtique dont le volume avait rapidement augmenté pendant les derniers jours et qui formait alors sous le ligament de Poupart une grande tumeur qui se continuait avec une masse fluctuante mate à la percussion et remontait très haut dans le ventre.

« Il y a six jours (Lister écrivait ceci en 1867, alors qu'il commençait à étudier les propriétés antiseptiques de l'acide phénique), j'ouvris la tumeur fémorale. Il en sortit 27 onces d'un pus fluide, mais renfermant beaucoup de masses caséeuses. J'introduisis dans l'ouverture d'incision une mèche de lint imbibée d'huile phéniquée qui empêcha, durant vingt-quatre heures, toute issue de liquide, et quand j'enlevai ce tampon (sous le couvert d'un linge antiseptique, il en sortit 3 onces d'un sérum trouble. Les trois jours qui suivirent, il y eut à peine quelque écoulement, les parties profondes de l'ouverture d'incision s'étant réunies. Par de fortes pressions je parvins toutefois à évacuer le produit de soixante-douze heures d'accumulation : il y avait 4 drachmes de sérum. Pendant ce temps, la santé générale de la femme que l'abcès n'avait point altérée demeura excellente, le pouls, la langue, l'appétit et le sommeil n'ont pas été atteints.

« Quoiqu'il n'y ait point, dans le cas présent, de difformité spinale, il y a très probablement carie vertébrale. S'il en est ainsi, nous avons encore de bonnes raisons pour compter sur une heureuse terminaison. Considérant la carie comme la période suppurative dans l'inflammation chronique d'un tissu à vitalité faible, j'ai été heureux, mais non surpris de lui trouver la tendance générale des affections inflammatoires, savoir : la disposition à guérir spon-

tanément après l'éloignement des causes irritantes. Jusqu'ici, dans la pratique chirurgicale, nous avons vu les os carieux subir l'action formidablement irritante d'un pus décomposé, cause assez énergique pour amener, chez les sujets faibles, l'ulcération des parties molles. Toutefois, malgré cette irritation puissante, la carie guérit souvent chez les enfants, où l'énergie vitale des tissus est plus grande. Si donc cette grave complication se trouve écartée, rien ne paraît s'opposer théoriquement à la curabilité de la carie chez les adultes. Y eût-il même nécrose du tissu osseux, comme il arrive assez souvent, l'expérience nous a démontré, dans le traitement des fractures compliquées par l'acide phénique, que l'os mort non putréfié, loin d'exciter la suppuration dans son voisinage, peut être résorbé par les granulations environnantes.

« Tel fut l'espoir que je me hasardai d'émettre, il y a plusieurs mois, dans mes leçons du semestre d'hiver. Depuis lors, j'ai ouvert de nombreux abcès dérivés de caries de la colonne vertébrale, de la hanche, du genou, de la cheville et du coude et, dans tous les cas, j'ai vu que l'écoulement devenait après peu de jours insignifiant en quantité et cessait souvent d'être puriforme après les premières vingt-quatre heures. Il y a trois jours encore (le 4 juillet 1867) j'eus l'inexprimable joie de voir fermée et guérie la fistule d'un homme d'âge mûr, chez lequel j'avais ouvert en février un abcès du psoas dont l'origine earieuse fut démontrée un jour par l'issue d'une esquille osseuse. Nous avions, durant des mois entiers, appliqué avec persévérance le traitement antiseptique, bien que l'écoulement ne consistât qu'en une ou deux gouttes de sérum par vingt-quatre heures ; car l'expérience amère nous avait appris qu'aussi longtemps qu'il reste une fistule, l'établissement

de la putréfaction peut amener les conséquences les plus désastreuses; à la longue, le succès a couronné nos patients efforts.

« Je n'hésite donc plus à conseiller d'ouvrir de bonne heure ce genre d'abcès, parce que, tant qu'ils ne sont pas ouverts, l'affection osseuse progresse, tandis que s'ils sont évacués antiseptiquement, nous sommes bien fondés à compter sur leur guérison constante, quoique lente et ennuyeuse. »

Un autre point sur lequel insiste beaucoup Lister, c'est sur l'inutilité d'abord et ensuite sur le danger d'injecter de l'acide phénique dans de tels abcès. Un abcès qui n'a pas été ouvert ne contient généralement pas d'organismes septiques; il n'est donc pas nécessaire d'y introduire l'acide phénique. Quoique prévenant la putréfaction, l'acide phénique appliqué directement sur une plaie provoque la suppuration, évidemment comme stimulus chimique; injecté dans ces vastes poches purulentes du mal de Pott, il peut déterminer des phénomènes d'intoxication.

Nous citerons encore comme particulièrement instructifs les passages suivants d'un discours prononcé par le professeur Lister à Plymouth en 1871 (1).

« Le cas le plus simple pour l'application du traitement antiseptique est l'abcès; c'est aussi celui qui nous donne les résultats les plus beaux à mon avis. C'est le cas le plus simple, parce que nous n'y appliquons pas l'antiseptique aux parties intéressées; nous ouvrons tout simplement l'abcès dans une atmosphère antiseptique et nous exprimons le pus; bref nons assurons la libre issue de son contenu sans laisser entrer la putréfaction.

(1) Lister. Loco cito, p. 287.

« L'agent antiseptique n'entre jamais dans la cavité de l'abcès, et je prie ceux qui croient encore que l'acide phénique exerce son action favorable en impressionnant directement les tissus, de considérer attentivement un cas d'abcès, par exemple d'abcès psoïtique par carie vertébrale.

« Sous le brouillard phéniqué, j'incise librement la cavité, nous exprimons le pus, qui comprend, je suppose, un litre ou plus. Le lendemain, si nous avons complètement vidé la cavité pyogénique, il n'y a plus une goutte de pus à exprimer, et, dans la suite, l'abcès n'en fournira pas davantage. Pour croire cela, il faut l'avoir vu : cela paraît si contraire à l'expérience! Mais ce n'en est pas moins strictement d'accord avec la théorie pathologique. Quelques jours se passent, je suppose, et vous ne pouvez probablement rien exprimer de la cavité de l'abcès, ou si vous pouvez en faire sortir quelque goutte, c'est une goutte de sérum, de sérum clair et transparent.

« J'ai ici un morceau d'os sorti avec le pus d'un abcès psoïtique que j'ouvris en avril dernier, un séquestre éliminé! Le sujet était un adulte porteur d'une incurvation d'origine aiguë à la région dorsale de la colonne vertébrale et présentant d'autres symptômes encore d'affection spinale. Il éprouvait une constriction douloureuse dans la poitrine, des douleurs lancinantes dans les hanches et les membres inférieurs et se trouvait dans un état très accusé de prostration générale. Le malade s'est vu débarrassé immédiatement de ses symptômes inquiétants sans éprouver le moindre mouvement fébrile; depuis l'évacuation du contenu original, cet abcès n'a plus donné de pus, mais aujourd'hui encore, il laisse un suintement séreux dans la gaze antiseptique que nous renouvelons tous les quatre ou cinq jours.

« L'écoulement séreux de notre patient va toujours en diminuant, et l'expérience m'autorise à croire que nous finirons par obtenir une guérison.

« J'ai à vous citer entre autres un cas de cette espèce comme spécialement instructif. Le 20 janvier 1870, j'ouvris un abcès psoïtique chez un homme de 27 ans qui portait, depuis l'âge de 11 ans, une courbure antéro-postérieure de la colonne vertébrale à la partie supérieure de la région dorsale.

« A la fin, un abcès du psoas fit apparition et grandissant lentement s'étendit considérablement en bas dans la cuisse. J'évacuai de 50 à 60 onces de pus épais, mêlé de masses caséeuses et de plusieurs petits séquestres osseux; de nombreuses parcelles d'os se montrèrent encore plus tard dans les pansements. C'était à Glasgow; mon ami le Dr Hector Cameron, se chargea du traitement ultérieur à la gomme laque antiseptique, et quand l'écoulement fut devenu minime, il ne renouvela le pansement que tous les quatre ou cinq jours; et enfin, le 5 février de cette année, il avait obtenu une guérison complète. Il accorda encore quelques semaines de repos à la colonne vertébrale (car je crois qu'après guérison d'un tel abcès, il faut accorder du repos à l'épine dorsale, tout comme on le ferait après une maladie vertébrale sans production d'abcès); pendant ce temps le sujet se rétablit complètement, et maintenant il marche et se promène comme un homme parfaitement sain. Le succès est venu dans ce cas couronner plus d'une année de patience et de persévérance. »

Dans une communication à la Société de chirurgie en 1878, 26 juin, Lister a reproduit ces idées. Nous pouvons les résumer de la façon suivante :

1° Les causes de la suppuration sont d'abord le pus lui-

même, puis l'irritation produite par les germes atmosphériques.

2° La carie vertébrale guérit spontanément après l'éloignement des causes irritantes.

3° Y eût-il nécrose du tissu osseux, l'expérience a démontré que l'os mort non putréfié, loin d'exciter la suppuration dans son voisinage, peut être résorbé par les granulations environnantes.

4° L'acide phénique quoique prévenant la putréfaction provoque la suppuration évidemment comme stimulus chimique.

Le traitement des abcès par congestion consiste donc à les ouvrir largement d'une manière antiseptique, à assurer aux liquides un libre écoulement au moyen du drainage et à continuer avec grand soin jusqu'à guérison complète et cicatrisation des fistules, les pansements antiseptiques.

Il est inutile et même nuisible d'injecter de l'acide phénique dans ces abcès. Il faut se borner à empêcher l'accès des germes atmosphériques.

Après la guérison de l'abcès et pour éviter les récidives il ne faut pas permettre aux malades de se lever. Dès que les fistules sont cicatrisées, il faut exiger un repos de six à sept semaines, puis permettre un quart d'heure de marche : s'il y a de la douleur, les remettre au repos jusqu'à une nouvelle tentative.

Lorsqu'on laisse un pansement appliqué pendant plusieurs jours, on voit quelquefois le pansement se déplacer par suite des mouvements du malade. Pour éviter cet inconvénient, Lister place une bande élastique au bord du pansement, cette bande peut être appliquée avec une certaine force sans inconvénient et sans gêne de la circulation.

Le premier résultat que l'on obtient en traitant ainsi les

abcès par congestion est de ne pas avoir de fièvre, d'obtenir un écoulement séreux qui devient en quelques jours assez peu abondant pour ne plus changer le pansement qu'une fois par semaine.

M. le professeur Panas (1), MM. Lannelongue (2) Lucas-Championnière (3), de Saint-Germain (4) se sont déclarés partisans de l'ouverture large des abcès par congestion.

A Lyon, M. le Dr Brottet nous donne dans sa thèse les résultats de la pratique de MM. Létiévant, Poncet, Mollière.

Nous signalerons également une thèse de Bordeaux 1881 du Dr Toulouse, sur le traitement des abcès ossifluents par la méthode antiseptique de Lister.

Quelques chirurgiens ont modifié le mode de traitement imaginé par Lister pour la cure des abcès par congestion.

Ainsi, le Dr Callender (1) ouvre l'abcès assez largement pour pouvoir y introduire le doigt, le vide du pus qu'il renferme aussi complètement que possible et injecte de force une solution chaude d'acide phénique à 1 pour 30 de manière à distendre la poche. On laisse écouler le liquide injecté, on place un tube de drainage et l'on recouvre d'un morceau de lint trempé dans l'huile phéniquée.

L'auteur a traité ainsi avec succès un abcès résultant d'un mal de Pott, un autre dans la région lombaire chez un enfant et un troisième périnéphrétique. Il a vu que les abcès symptomatiques d'une carie osseuse pouvaient se

(1) Société de chirurgie, 2 avril 1879.

(2) Société de chirurgie, 18 février 1880.

(3) Lucas-Championnière. Chirurgie antiseptique, 2e édition, p. 228.

(4) De Saint-Germain. Éléments de chirurgie orthopédique. Paris, 1883.

(1) Journal de thérapeutique, 1876, p. 677.

réduire ainsi à l'état de sinus ne donnant aucune supnpration.

M. le D[r] Lewis-Sayre (1) ouvre largement les abcès par congestion en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, puis, après que le pus et les masses caséeuses ont été évacués, il remplit la cavité de l'abcès avec du baume du Pérou, place de l'étoupe et une pièce de soie huilée sur l'orifice. Il applique ensuite son appareil plâtré sur lequel il pratique une ouverture au niveau de l'abcès.

Nous avons pu recueillir 28 observations dans lesquelles on a incisé largement l'abcès et suivi plus ou moins la méthode de Lister.

Il y a 5 morts, cas de MM. J. Boeckel, Brottet, Toulouse.

Il y a deux observations de mort rapportées par the Lancet.

Mais dans trois de ces observations la terminaison fatale ne nous semble pas due à l'opération. Qu'on en juge,

Chez la malade de M. Jules Boeckel, l'abcès fut d'abord ponctionné le 15 octobre 1878 et injecté avec de l'eau phéniquée. Le soir même, la température s'éleva à 38°9. Le lendemain la fièvre était violente, le thermomètre marquait, le soir 40° et il y eut un frisson à 6 heures du soir. Le 17, M. Jules Boeckel incisa l'abcès qui était énorme en cinq endroits différents. La malade mourut le 27 de septicémie.

Il nous semble que cette mort n'est pas imputable à l'incision. La septicémie est certainement due à la ponction et nous avons rapporté des cas semblables où la terminaison fatale fut imputée à cette opération.

(1) Lewis Sayne. Spinal disease and spinal curvature. London, 1877 p. 18.

Le malade dont parle M. Toulouse est mort de péritonite. Il se fit une perforation de la poche de l'abcès qui permit l'irruption du pus dans la cavité abdominale.

Enfin, le malade, dont l'observation est rapportée par the Lancet 1872, page 447, mourut de tuberculose aiguë alors que son abcès ne suppurait plus et qu'il se levait tous les jours.

Les 14 cas de guérison absolue sans fistule que nous donnons à la suite sont fort remarquables.

Il y a 6 observations d'abcès iléo-fémoraux qui ont été guéris en moyenne en cinq mois.

Sur les 7 observations d'abcès dorso-lombaires, il y en a 6 où la durée du traitement a été indiquée : la moyenne est de trois mois et demi. Dans l'observation de M. Valadier on a ruginé les lames vertébrales malades.

Il y a enfin un cas d'abcès rétro pharyngien symptomatique d'une carie des vertèbres cervicales. Le Dr Chiene (1) a eu l'idée de donner issue au pus, non par le pharynx mais par une incision extérieure pratiquée sur les côtés du cou, derrière le sterno-mastoïdien. Le malade a été guéri en trois mois et demi.

Nous avons 9 observations incomplètes; nous voulons dire par là ou bien que le malade était encore en traitement quand on a publié l'observation ou bien qu'il est sorti de l'hôpital porteur d'une fistule. Dans nos conclusions nous insisterons beaucoup sur le danger de ces fistules: c'est pour cela que nous ne pouvons considérer comme guéris des malades qui ont encore une fistule, ne donna-t-elle par 24 heures qu'une goutte de sérosité.

(1) Du Pré. La chirurgie et le pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre. Paris, 1879.

Ce qui, à notre sens, se dégage de toute cette étude de la méthode de Lister et des observations que nous reproduisons, c'est l'innocuité parfaite des larges ouvertures pratiquées antiseptiquement. Sauf deux ou trois cas, les malades n'ont jamais eu de fièvre.

Nous n'avons pas encore assez d'observations pour pouvoir donner une conclusion définitive, mais nous croyons cependant qu'on peut dire de la méthode des grandes incisions telles que les pratique Lister que grâce à elles on peut ouvrir les abcès carieux vertébraux, sans donner lieu aux phénomènes de l'hecticité, et qu'on peut transformer l'ouverture de ces abcès en fistules inoffensives d'abord, puis définitivement cicatrisables.

C'était là pour Chassaignac le point capital du désidératum chirurgical et c'était sur ce point que devaient se concentrer tous les efforts du praticien dans le traitement de ces sortes d'abcès.

Tout dernièrement on a employé l'iodoforme dans le traitement des abcès du mal de Pott, et le professeur König de Gottingen recommande d'introduire de l'iodoforme aussi profondément que possible dans le trajet fistuleux. (Revue de chirurgie, 10 mars 1883.)

N° d'ord.	Noms d'auteur.	Nature de l'abcès.	Traitement.	Guérison en
1	Lister.	Abcès du psoas.	Incision. Issue d'esquilles. Pansement antiseptique. Guérison en	5 mois.
2	—	» Gibbosité.	»	12 mois 1/2.
3	Valadier.	Abcès de la région dorso-lombaire.	Incision. Rugination des lames vertébrales. Guérison en	2 mois.
4	—	Abcès dans la région cervicale s'étendant dans le creux axillaire. Nouvel abcès au niveau des 5e et 6e vert. cervicales.	Incision. Pansement de Lister. Le deuxième abcès a guéri en moins d'un mois. La collection purulente ouverte au niveau de la paroi externe du creux de l'aisselle donne un peu de pus.	
5	Dr Chiene cité par Du Pré.	Abcès rétro-pharyngien.	Incision sur le côté du cou, derrière le sternomastoïdien. Lister. Guérison en	3 mois 1/2.
		Région lombaire.	Incision. Méthode de Lister. Guérison en	3 mois.
6	Dr Augagneur.			
7	—	Abcès du psoas. Carie dorso-lombaire.	Un mois après l'opération, il ne persiste qu'un trajet peu profond entretenu par le drain.	
8	L. Sayre.	Gibbosité. Abcès région dorsale.	Incision antiseptique. Issue d'esqu'illes. Baume du Pérou. Appareil plâtré avec orifice pour issue du pus. Guérison en	3 semaines.
9	—	»	»	7 mois.
10	—	»	»	6 mois.
11	—	»	»	3 ou 4 mois.
12	J. Bœckel.	7 ans. Gibbosité. Abcès iliaque.	Incision parallèle à l'arcade de Fallope. Contre-ouverture dans la région lombaire. Drainage. Lister. Guérison en	16 mois.
13	—	28 ans. Carie dorsale. Abcès iléo-fémoral.	Ponction et lavage phéniqué. Incisions multiples. Lavage du foyer. Drainage. Lister. Mort 12 jours après la ponction.	
14	Brottet.	20 ans. Pas de gibbosité. Abcès iléo-fémoral.	Incision. Méthode de Lister. Issue d'esquilles. Pas de fièvre. Guérison en	2 mois.
15	—	19 ans. Gibbosité. Abcès iléo-fémoral.	Incision. Méthode de Lister. Jamais de fièvre. 40 jours après l'opération, le malade sort de l'hôpital. Il persiste un petit trajet fistuleux par où s'écoule un peu de liquide séreux.	
16	—	40 ans. Carie vertébrale. Abcès iléo-fémoral. Paraplégie.	Incision avec toutes les précautions listériennes. Irrigation du foyer de l'abcès avec de l'eau phéniquée. Presque pas d'élévation de temp. La paraplégie persiste. Guérison en	2 mois.

N°° d'ord.	Noms d'auteur.	Nature de l'abcès.	Traitement.	Guérison en
17	Brottet.	20 ans. Pas de gibbosité. Douleurs à la région lombaire. Abcès iléo-fémoral s'étendant aux lombes.	Incision à la région lombaire et à la cuisse. Lavage de la plaie, drainage et Lister. Jamais de fièvre. N'était pas encore guéri.	
18	—	15 ans. Pas de gibbosité. Abcès face antéro-interne de la cuisse.	» 11 jours après l'opération, il ne s'écoulait plus de pus à la pression.	
19	—	36 ans. Abcès fosse iliaque gauche. Pas de gibbosité. Raideur de la colonne vertébrale.	Incision suivant la direction du ligament de Fallope. Lavage avec solution phéniquée 2 1/2 0/0. Drainage. Lister. Fièvre intermittente quotidienne. 3 mois après l'opération, le malade n'était pas encore guéri.	
20	—	21 ans. Abcès iléo-fémoral. Pas de gibbosité.	» Pas de fièvre. 8 jours après l'opération, il ne sort presque pas de pus à la pression.	
21	L.-A Sayre.	Enfant. Gibbosité. Abcès région inguinale gauche.	Incision avec toutes les précautions de la méthode antiseptique. Drainage. Lister. Jamais de fièvre. 2 semaines après l'opération, l'abcès ne fournit plus que quelques gouttes de pus.	
22	Brottet.	26 ans. Abcès de la fosse iliaque droite. Pas de gibbosité.	Incision au niveau du tiers externe du pli inguinal. Drainage. Mort 10 jours après l'opération.	
23	O. Will.	14 ans. Mal de Pott dorso-lombaire. Abcès iléo-fémoral.	Incision sous le spray. Issue de fragments osseux. Drainage. Lister. Quelques jours de fièvre seulement. Guérison en	3 mois.
24	Lannelongue.	10 ans. Gibbosité. Abcès iléo-fémoral.	Incision de la poche crurale. Injection phéniquée. Drainage. Trajet fistuleux.	
25	Toulouse.	Abcès de la fosse iliaque.	Incision. Contre-ouverture à la région lombaire. Drainage. Mort par péritonite 6 jours après l'opération.	
26	R. Godlee.	Mal de Pott. Abcès lombaire.	Incision et pansement antiseptique. Guérison. Récidive. Incision du 2e abcès qui guérit également	
27	Lancet.	»	Incision avec toutes les précautions Listériennes. Mort 8 mois après.	
28	—	Abcès du psoas.	» Guérison de l'abcès. Mort de tuberculose aiguë 2 mois 1/2 après l'opération.	

Obs. I (Valadier. Thèse de Paris, 1879).

Abcès ossifluent de la région dorso-lombaire Incision. Rugination des lames vertébrales. Pansement de Lister. Guérison.

Chopet (Louis), 28 ans. Entré à Lariboisière, service de M. Panas, le 4 décembre 1877.

Opération le 8 décembre. Altération des apophyses épineuses et des lames des deux dernières dorsales et de la première lombaire. Rugination. Pansement de Lister. Guérison dans le courant de février.

Mort de tuberculose le 8 février 1878.

Obs. II (Valadier).

Sousinier, 27 ans. En février 1877, elle portait, dans la région cervicale du côté gauche, dans le triangle sous-claviculaire, une tumeur arrondie.

En novembre, l'abcès du cou est devenu tellement volumineux qu'il gênait la respiration et la déglutition. On allait se décider à intervenir, lorsque, subitement, la collection purulente qui faisait saillie diminua considérablement; en même temps, on constatait dans le creux axillaire du même côté, c'est-à-dire à gauche, la formation d'une tumeur fluctuante qui augmenta de jour en jour, envahit la paroi costale externe correspondante, au niveau de laquelle elle formait un relief considérable.

Intervention le 2 janvier 1878. Ouverture listérienne. Incision du côté gauche sur la paroi interne du thorax.

Dans le courant de mai, nouvel abcès au niveau des 5e et 6e vertèbres cervicales sur la partie postérieure du cou et un peu à gauche, de la grosseur d'une mandarine. Ouverture et pansement de Lister le 23 mai. Le 19 juin, cicatrisation complète de l'abcès.

Il n'en est pas encore de même de la collection purulente ouverte au niveau de la paroi externe du creux de l'aisselle; elle donne encore un peu de pus, mais en assez faible quantité pour qu'il ne soit nécessaire de renouveler le pansement que tous les quatre ou cinq jours.

L'amélioration est telle, qu'il est permis de prévoir une guérison complète dans un délai assez rapproché.

Obs. III (Du Pré. La chirurgie et le pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre. Paris, 1879).

Ouverture d'un abcès rétro-pharyngien par une incision cervicale. Guérison.

Ayant à traiter un abcès rétro-pharyngien provenant d'une carie des vertèbres cervicales, le Dr Chiene a eu dernièrement l'idée de donner issue au pus, non par le pharynx, mais par une incision extérieure, pratiquée sur le côté du cou, derrière le muscle sterno-mastoïdien. L'opération a parfaitement réussi, elle a éte pratiquée du côté droit, l'abcès s'est entièrement vidé. Un drainage convenable a été établi au moyen d'un tube de Chassaignac, et toutes les précautions de l'asepticisme ont été observées avec soin. L'opération a été faite le 30 avril 1878.

Le pansement a été renouvelé tous les jours. Pas la moindre élévation de température (37°, 37°,3 37°,1).

A la date du 12 août, la carie vertébrale est arrivée à complète guérison ; la suppuration est tarie ; il ne reste plus qu'une petite plaie superficielle.

Obs. IV (Dr Augagneur. Gaz. hebd., 2 sept. 1882, p. 573).

M... (Auguste), 15 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, lit n° 9, le 21 février 1882.

Au commencement de janvier 1882, ayant les épaules chargées d'un sac, il tomba en avant sur les genoux. Immédiatement, il éprouva une légère douleur dans l'abdomen. Les jours suivants, cette douleur augmenta peu à peu, et la cuisse droite se mit graduellement en flexion sur le bassin. Enfin, il y a quinze jours, en même temps qu'une douleur dans la région lombaire droite, apparut sur le même côté de la colonne une tuméfaction qui s'accrut rapidement.

A son entrée on constate que le malade reste couché sur le côté gauche, la cuisse demi fléchie sur le bassin. En arrière, on trouve

à la région lombaire, à droite de la colonne, une tumeur du volume des deux poings. A ce niveau, la peau est rouge, chaude et tendue. La fluctuation est manifeste. En pressant sur les apophyses épineuses, on détermine de vives douleurs à la hauteur des trois dernières lombaires. Pas de courbure anormale de la colonne.

Les doigts, portés profondément sur le trajet du muscle psoas, produisent une douleur excessivement vive; mais, nulle part il n'y a de la fluctuation, la région paraît plus empâtée que du côté opposé. L'état général est alarmant. La face est pâle et amaigrie. Anorexie complète. La peau est chaude. Température rectale, 40°.

Toux quinteuse, expectoration purulente très abondante. A l'auscultation, nombreux râles muqueux aux deux sommets. Le soir, un peu de délire.

Le 24 février, l'abcès est ponctionné avec l'aspirateur de Potain; mais des grumeaux s'engagent dans le trocart et il ne sort absolument rien. M. Tripier pratique alors sur le point culminant de l'abcès une incision de 3 centimètres de long. Le pus sort en jaillissant; sa quantité équivaut à un litre environ. Inutile de dire que toutes les précautions les plus minutieuses de la pratique antiseptiques ont été prises: lavage à la brosse, rasage de la zone opératoire; le spray et l'arrosage fonctionnent pendant tout le temps de l'opération, etc.

L'écoulement du pus est laissé entièrement libre; aucune pression n'est exercée sur la poche. Quand l'écoulement est fini, un drain de gros calibre est placé dans l'ouverture, puis on procède au pansement.

Au moment de l'opération, la température était de 40°. Le soir, elle était tombée à 37°,5; le lendemain, à 36°, et, dès ce moment, elle a oscillé entre 37,2 et 37,8 sans jamais monter plus haut. Le pansement fut renouvelé, suivant la règle absolue, le lendemain de l'ouverture, puis quatre fois seulement pendant les vingt jours suivants. A ce moment (13 mars), la plaie était réduite à un simple bourgeon charnu.

Dans ce cas, l'opération a été pour le malade une véritable résurrection. Tous ceux qui l'avaient vu croyaient la mort imminente. Dès qu'il fut débarrassé de son abcès, l'appétit revint; les douleurs

qui ne le laissaient pas dormir cessèrent aussitôt. Quand le 4 mai, il quitta notre service pour aller en convalescence à l'hospice de Longchêne, il marchait sans aucune fatigue ; la toux avait cessé et le poids avait considérablement augmenté.

Le malade, que nous voyons de temps à autre, est employé chez un pharmacien et fait sans fatigue un travail assez considérable pour son âge et ses forces.

Obs. V (Dr Augagneur. Loco cito, résumé).

Carie vertébrale dorso-lombaire. Abcès du psoas.

L... (Joseph), 23 ans, entre, le 9 mai 1882, à l'Hôtel-Dieu.

5 juillet. Le malade anesthésié, le chirurgien incise les téguments suivant la gaine du couturier. Ceci fait, il recline ce muscle en dedans et pénètre entre lui et le droit antérieur de la cuisse, de façon à arriver sur la gaine de l'iliaque, car la fluctuation est très nette en ce point. A son grand étonnement, il ne trouve pas le pus au fond de son incision. Il se porte alors en dedans et ouvre la gaine du psoas lui-même, il ne s'écoule rien. Prenant alors la sonde cannelée, il en porte la pointe à trois travers de doigt au-dessus de l'arcade et déchire quelques fibres du psoas ; il s'écoule près d'un litre de pus. Un drain est placé dans l'orifice.

Pendant la semaine qui suivit, la température ne s'éleva pas au-dessus de la normale. Le pus ne s'écoula qu'en très petite quantité.

Actuellement (10 août), il ne persiste qu'un trajet peu profond entretenu par le drain.

Obs. VI (Lewis Sayre. Spinal disease and spinal curvature. L., 1877, p. 43) (résumé).

Résumé. — Marie S. Ward, âgée de 4 ans.

Elle est incapable de se tenir debout. Les 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales sont incurvées.

Il y a quelques mois, un abcès se forma dans la région dorsale et fut ouvert. Plusieurs esquilles étaient sorties. Un appareil plâtré fut facilement appliqué et on y pratiqua un orifice au niveau de l'abcès.

L'abcès a été fermé au bout de trois semaines. L'appareil plâtré a été enlevé et on en a appliqué un autre sans orifice.

Obs. VII (Lewis Sayre. Loc. cit., p. 48).

Antony Myan, 8 ans. Il présente dans la région dorsale un petit orifice dans lequel on introduit une sonde à droite dans une profondeur de trois pouces trois quarts, à gauche dans une étendue de deux pouces et demi, et en haut et en bas dans une étendue d'un pouce et demi.

En avril 1876, on ouvre l'abcès très largement et on le panse avec de l'étoupe et du baume du Pérou. Un appareil plâtré est appliqué et on a soin d'ouvrir un orifice pour la sortie du pus.

Janvier 1877. L'enfant a continué à s'améliorer; l'abcès était cicatrisé en novembre. Il porte encore l'appareil plâtré, mais sans orifice.

Obs. VIII (Lewis Sayre. Loc. cit., p. 78).

Michael N..., 3 ans. En mars 1875, la mère nota sur le côté droit de la colonne une tumeur qui augmenta graduellement jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule. Je l'examinai à ma clinique et je tentai d'aspirer le pus.

Mais comme le pus était trop épais pour couler à travers l'aspirateur, je fis une large incision qui donna issue à une grande quantité de pus et à des masses de tissu conjonctif qui furent enlevés avec des pinces. Le stylet indiqua un point carié du côté droit des vertèbres lombaires.

La plaie fut remplie de baume du Pérou et couverte d'étoupes et de soie huilée.

Puis on appliqua un appareil plâtré sur lequel on pratiqua une ouverture pour laisser une libre issue au pus. Il portait l'appareil depuis six semaines lorsqu'il commença à se plaindre.

L'appareil plâtré fut alors enlevé et on trouva qu'il s'était formé un autre abcès au-dessous et à droite de l'ancien. Une longue incision fut faite, qui réunit ces deux abcès et procura un grand soulagement. La plaie fut remplie avec du baume du Pérou et de l'étoupe, et un appareil plâtré fut appliqué comme ci-dessus.

L'enfant me fut ramené le 20 octobre 1875. La mère disait qu'il devenait si gras que son appareil était trop étroit. Depuis plus de quinze jours, la plaie ne laissait plus écouler de pus, et l'enfant présentait toutes les apparences d'une santé robuste.

Un autre appareil sans ouverture fut appliqué.

Il le porta jusqu'au milieu de janvier 1876. Il était alors très bien et ne présentait qu'une difformité à peine perceptible.

Obs. IX (Lewis Sayre. Loco cito, p. 84).

A. M. G., 10 ans. Gibbosité, paraplégie. A l'âge de 8 ans, il se forma, à gauche de la colonne vertébrale, un abcès d'un volume considérable. Cet abcès fut ouvert antiseptiquement et se cicatrisa en trois ou quatre mois.

Obs. X (Jules Bœckel. Loco cito, p. 459) (1).

Hussler (Edmond), 7 ans. Carie lombaire. Commencement de gibbosité. Abcès par congestion au-dessus de l'arcade de Fallope. Incision de 8 centimètres parallèle à l'arcade (mai 1876). Contre-ouverture dans la région lombaire. Drainage du foyer. Extraction d'une petite esquille libre, provenant d'une vertèbre rugueuse, qu'on atteint avec le doigt, porté au fond de la plaie. Lister. Double traction au sparadrap exercée sur les membres inférieurs. Poids, 3 kilos. Contre-extension à l'aide de bracelets en cuir, passés sous les bras et fixés à la tête du lit ; au bout de deux mois, la cicatrisation est assez avancée pour permettre l'emploi d'une gouttière de Bonnet, à laquelle on a fait adapter deux poulies pour les poids et deux crochets supérieurs pour les lacs de la contre-extension.

Durée du traitement, six mois, au bout desquels le petit malade est évacué dans ses foyers.

Fistules persistantes. Je le revois six semaines plus tard ; il marche sans peine ; les plaies sont presque entièrement cicatricées ; la gibbosité est à peine apparente. État général excellent. La guérison s'est bien maintenue depuis lors (oct. 1877). En juin 1878, la

(1) Jules Bœckel. Fragments de chirurgie antiseptique, p. 459.

plaie inférieure se rouvre spontanément et suppure pendant trois mois assez abondamment. Actuellement (août 1882) la guérison est définitive depuis plus d'un an. La santé du jeune Edmond ne laisse rien à désirer; il a repris des forces et de l'embonpoint.

Obs. XI (Jules Bœckel. Loc. cito, p. 461).

Mme M... (Rosalie), 28 ans, entre le 10 octobre 1878 au nº 12, de la salle 34. Énorme abcès ossifluent de 36 centimètres de longueur, provenant d'une carie dorsale s'étendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du cul-de-sac sous-tricipital du genou et occupant la demi-circonférence antérieure de la cuisse.

15 octobre. Ponction de l'abcès à sa partie inférieure. Lavage phéniqué. Temp. soir, 38,9.

Le 16. Temp. mat., 39,2; soir, 40°. Frisson à 6 heures du soir.

Le 17. Incision de l'abcès de la cuisse en cinq endroits différents; une sonde œsophagienne introduite dans l'incision supérieure pénètre dans la cavité abdominale à 45 centimètres. Lavage du foyer. Drainage des différentes plaies. Lister. Temp. soir, 40,1.

Le 18. Temp. mat., 39°; soir, 38,2. Pansement extrêmement difficile. Pus en grande abondance. Mort le 27. Septicémie aiguë. L'abcès mesure près d'un mètre de longueur.

Obs. XII (Dr Brottet. Loco cito, p. 48).

M... (Vital), 20 ans, entré le 15 mars 1880 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marthe, nº 17.

Pas de gibbosité, pas de paraplégie. Abcès volumineux à la face antéro-interne de la cuisse droite.

Opération le 31 mars 1880. Incision de 10 centimètres environ au niveau du tiers supérieur de la cuisse. Toutes les précautions listériennes sont exactement observées.

Il sort de l'abcès un litre environ de pus épais, contenant des débris osseux et notamment un fragment qu'on reconnaît appartenir à une vertèbre. Suture de la plaie. Drainage. Pansement de Lister.

Pendant l'opération on reconnaît au pli de l'aine gauche un nouvel abcès qui avait jusqu'alors échappé aux investigations.

Le soir, le malade va bien, il n'a pas de fièvre, il ne souffre pas. Le pansement est renouvelé tous les trois jours. Le pus s'écoule régulièrement, peu abondant. Pas de rougeur de la plaie; état général excellent, pas de fièvre.

Suites simples. Le malade sort de l'hôpital le 26 mai. Il n'a pas de fistule.

Obs. XIII (Dr Brottet. Loc. cito, p. 50) (résumé).

X... (J.), 19 ans. Gibbosité. Vaste abcès dans la fosse iliaque droite, ayant franchi l'arcade crurale correspondante et faisant une saillie volumineuse à la partie interne de la cuisse.

Début de la maladie, 3 ans. Malade pâle et amaigri.

21 mars. Incision de 4 centimètres sur la masse fluctuante à la partie interne de la cuisse. Drainage. Pansement antiseptique. Immobilisation dans une gouttière.

Le 22. Temp. rectale, 37,7. L'enfant a mangé et dormi comme de coutume. On change le pansement. La gaze est imprégnée d'un liquide légèrement sanguinolent.

Il n'y a eu à aucun moment ni fièvre, ni douleur.

A la fin du mois d'avril, le malade sortait de l'hôpital pour aller à la campagne. Il persistait un petit trajet fistuleux par où s'écoulait un peu de liquide séreux.

Obs. XIV (Brottet. Loco cito, p. 51).

A... (Louis), 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 8 février 1880.

La lésion vertébrale remonte à plusieurs années. Consécutivement, méningite spinale, paralysie, douleurs fulgurantes et épilepsie spinale.

Depuis plusieurs mois, abcès volumineux à la face antérieure de la cuisse droite.

Le 8 mai, opération sous le nuage phéniqué. M. Mollière incise l'abcès au tiers supérieur et externe de la cuisse ; il fait deux ouvertures à 15 centimètres de distance, à travers lesquelles il fait pas-

ser un drain de gros calibre. Pansement de Lister. Le malade n'a presque pas eu d'élévation de température ; il n'a jamais eu de frisson. Chaque jour, on refait le pansement. Irrigation du foyer de l'abcès avec de l'eau phéniquée. Un mois et demi après l'opération on retire le drain. La cicatrisation de l'ouverture a été complète en très peu de temps.

31 octobre. L'abcès ne s'est pas reformé. Le mal de Pott persiste avec une paraplégie presque complète.

Obs. XV (Dr Brottet. Loc. cito, p. 53).

Verp... (Claude), 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 26 juillet 1880.

Douleurs à la région lombaire ; à ce niveau, la pression est douloureuse. Pas de gibbosité.

Sur la face antéro-interne de la cuisse droite, tumeur volumineuse, fluctuante. Dans la fosse iliaque du même coté, tumeur fluctuante communiquant avec la première. Enfin, en arrière, au niveau de la crête iliaque droite, existe une autre tumeur qui communique avec les précédentes.

31 août. Incision de 5 centimètres à la région postérieure, au niveau d'un point fluctuant. Incision de l'abcès de la cuisse. Pus abondant. Lavage de la plaie, drainage et pansement de Lister.

Le malade n'a jamais eu de fièvre.

30 septembre. L'état général est parfait; la plaie de la région iliaque est à peu près cicatrisée.

Obs. XVI (Dr Brottet, p. 54).

M... (Eugénie), 15 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 24 juin 1880. Abcès qui fait saillie à la face antéro-interne de la cuisse droite.

24 août. Incision au bistouri à la réunion du tiers supérieur et du tiers moyen de la cuisse. Irrigations phéniquées, lavage de la plaie, drainage et pansement de Lister.

Jusqu'au 27, il n'y a pas eu de pus.

4 septembre. État excellent. La plaie va très bien, il ne s'écoule plus de pus à la pression. Jamais de fièvre.

Obs. XVII (Dr Brottet, p. 55).

T... (Antoine), 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 21 septembre 1880.

Douleur au niveau de la colonne lombaire ; le malade ne peut se courber. Abcès par congestion de la fosse iliaque gauche.

25 septembre. Incision longue de 6 centimètres suivant la direction du ligament de Fallope. Lavage de la poche avec la solution phéniquée 2 1/2 0/0. Suture de la plaie et drainage. Pansement de Lister.

Jusqu'au 27 octobre, la température rectale n'a jamais dépassé 38,4. L'état général est bon ; la suppuration est bien peu marquée, presque séreuse.

Le 27 octobre, le thermomètre indique 39° le soir.

A partir de ce moment, la fièvre prend un type franchement intermittent quotidien; normale le matin, elle atteint le soir et quelquefois dépasse 39°. Cependant, l'état général est bon et la plaie présente un bon aspect.

1er décembre. La fièvre persiste avec les mêmes allures ; état local très satisfaisant ; l'ouverture donne toujours un peu de pus séreux. Le malade ne ressent plus de douleur à la région lombaire.

13 décembre. Amélioration subite, la température baisse sensiblement, elle s'élève à 38,1 le soir. Un nouvel abcès se montre au pli inguinal du côté droit.

Obs. XVIII (Dr Brottet, p. 58).

B... (Marie-Victorine), 21 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 28 octobre 1880.

Abcès par congestion à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche et à la face externe de la même cuisse. Ces deux tumeurs sont volumineuses.

On sent dans la fosse iliaque gauche une vaste tumeur très fluctuante, allongée, atteignant la colonne lombaire. Cet abcès communique avec les deux précédents. Dans la fosse iliaque droite. empâtement, tuméfaction ; on perçoit la fluctuation.

Douleurs spontanées du rachis au niveau des premières lombaires. La pression et la percussion des apophyses épineuses ne les augmentent pas. Pas de déformation, pas de troubles de la sensibilité ou de la mobilité des membres inférieurs. La marche s'exécute assez facilement.

9 décembre. Incision de 3 centimètres environ, au niveau du grand trochanter. Réunion de la plaie par des sutures. Drainage. En raison de la situation de l'ouverture dans une partie déclive et de l'abondance de l'écoulement du pus qui souillerait les pièces du pansement et annihilerait rapidement leurs propriétés antiseptiques, M. Poncet a imaginé de faire communiquer par un long drain la cavité de l'abcès avec un réservoir rempli d'eau phéniquée à 5 0/0, de façon à favoriser l'écoulement des liquides et à rendre impossible l'introduction de l'air.

Le 12. Il n'y a pas eu de fièvre. L'écoulement a beaucoup diminué, on supprime le tube pour le remplacer par un petit drain, fixé verticalement dans l'ouverture. L'état général est toujours parfait.

Le 17. Il ne sort presque pas de pus à la pression de la cuisse et de la fosse iliaque ; on cesse de prendre la température.

Obs. XIX (L.-A. Sayre. Boston medical and surgical Journal, 1878, t. I).

Abcès par congestion région inguinale gauche chez un enfant. Gibbosité. Incision au bistouri, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique.

Evacuation du pus en pressant avec les deux mains. Drainage. Pansement de Lister.

12 février (deux semaines après l'opération). La température n'a jamais dépassé 37,7, le pouls n'a pas été au delà de 96°. Le malade n'a jamais eu de douleur. Il est à peu près guéri, l'abcès ne fournissant plus que quelques gouttes de suppuration.

Obs. XX (Dr Brottet, p. 64) (résumé).

Ch... (Marie), 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 26 novembre 1880.

Abcès par congestion de la fosse iliaque droite. Pas de gibbosité, aucun point douloureux le long de la colonne vertébrale.

4 décembre. Incision de 7 centimètres au niveau du tiers externe du pli inguinal. Drainage.

Le 8. Depuis l'opération, insomnie, perte d'appétit. La température s'est élevée ces jours derniers jusqu'à 39,1, 39,4 le soir. Vomissements bilieux très abondants. Constipation. Tuméfaction de toute la paroi abdominale et de la cuisse du côté droit, douleurs très vives qui ne sont calmées ni par l'opium, ni par le chloroforme.

Le 13. Les douleurs ont augmenté, la malade pousse des plaintes continuelles, son état général est de plus en plus mauvais ; persistance des vomissements. Sphacèle très étendu à la racine de la cuisse et sur les téguments qui avoisinent la plaie, sauf au niveau de la partie externe.

Le 14. Mort. L'autopsie n'a pu être faite.

Obs. XXI (O. Will. The Lancet, vol. I, p. 199, 1878).

Abcès par congestion. Mal de Pott. Ouverture au bistouri. Pansement de Lister. Guérison. (Résumé.)

J... (N.), 14 ans. Mal de Pott au niveau des sept dernières dorsales et première lombaire. Abcès par congestion de l'aine gauche. Pas de douleur. On a trois fois ponctionné et aspiré le pus. Mais comme cela était insuffisant, il fut envoyé à l'hôpital pour qu'on lui ouvrît son abcès.

A cette époque, on voyait une tumeur volumineuse tendue, fluctuante dans la cuisse, sous le ligament de Poupart, présentant les caractères habituels d'un abcès du psoas.

Le 17 août 1877, ouverture de l'abcès sous le psoas et avec tous les soins de la méthode antiseptique. On retire plusieurs fragments osseux provenant évidemment de la colonne vertébrale. Drainage. Pansement de Lister. Le tout était maintenu par un spica de bandes élastiques.

Le 18. On enlève le pansement sous les vapeurs antiseptiques, une petite quantité de sérosité rouge teint les pièces profondes. Temp. 99,4 F. (37,5 c.)

Le 19. Pas de signes d'inflammation de la plaie. Temp. 99,2 F.; (37,4),

Le 21. Écoulement séreux très peu abondant. Pas d'inflammation. Temp. 98,8 F. (37° c.)

Le 23. Temp. 98,6.

5 septembre. On remplace le drain par un autre plus petit. A partir de ce jour, le retour à la santé fut constant. La cavité diminuait graduellement, obligeant ainsi de réduire de temps en temps le calibre et la longueur du drain.

Le 30. L'écoulement augmente soudainement : le liquide présente une légère teinte jaune, il est mêlé avec des caillots, mais il n'y a pas de signes d'inflammation au niveau de l'ouverture, pas de douleur à la pression, pas d'odeur. A ce moment, la température qui s'était un peu élevée les jours précédents, atteignit rapidement 102,4 (39,1 c.), pouls, 100°. Les jours suivants elle tomba à 100° (38,8 c.) et le pansement ne fut pas changé.

14 octobre. Température normale.

5 novembre. En découvrant la plaie qui n'avait pas été pansée depuis trois jours, on trouva un petit morceau de gaze taché, ce morceau était directement appliqué sur l'ouverture. Un tube très étroit, long d'un pouce, fut introduit sans difficulté.

Le 12. Il était réduit à un demi-pouce, et le 17 suivant il était tout à fait enlevé. Après quoi, l'ouverture guérit rapidement et le malade fut renvoyé de l'hôpital. Nous l'avons revu quelque temps après. Il est en parfaite santé ; il a pu se livrer à de violents exercices sans en éprouver le plus léger inconvénient.

Obs. XXII (Dr Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse, p. 167) (résumé).

Falot (Eugénie), 10 ans 1/2, entre le 8 décembre 1879, salle Sainte-Eugénie, n° 11.

Gibbosité dorso-lombaire. Abcès par congestion dans le pli de l'aine ; cette poche communique avec une seconde collection abdominale.

Le 10 décembre, la poche crurale est ouverte largement sous le Lister ; puis on fait une injection avec la solution phéniquée au

cinquième et on place un gros drain dans la cavité. Les lavages avec une solution faible au centième sont renouvelés tous les jours. Aucun incident à noter ; l'enfant quitte l'hôpital en conservant un trajet fistuleux.

Obs. XXIII (Dr Toulouse. Thèse de Bordeaux, 1881).

Abcès par congestion de la fosse iliaque droite, consécutif à la lésion des vertèbres. Incision. Mort par péritonite.

Guigugli (Sébastian), sculpteur, 61 ans. Abcès par congestion de la fosse iliaque droite. Le flot se perçoit non seulement dans la tumeur, mais même se transmet jusque dans la région lombaire.

24 mai. Incision de la poche antérieure. Un trocart enfoncé dans la poche contourne la paroi latérale de l'abdomen et arrive jusque dans la région lombaire, profondément décollée. Un drain est alors passé de l'une à l'autre ouverture et des injections phéniquées sont faites par le drain.

Bon état local et général les jours suivants jusqu'au 29 au soir, mais pendant la nuit le malade se leva à plusieurs reprises. Le lendemain matin, douleurs abdominales vives, efforts de vomissement, hoquets continuels, pouls petit et fréquent. Bientôt le malade se refroidit et meurt le soir avec tous les symptômes de la péritonite.

A l'*autopsie*, on trouve les deux dernières dorsales et la première lombaire creusées d'une vaste cavité qui occupe la partie centrale du corps de chacune d'elles. Sur la partie latérale de l'abdomen, un peu en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure, existe une perforation de la grandeur d'une lentille à bords irréguliers et déchiquetés. Cette perforation fait communiquer la poche suppurée avec la cavité péritonéale et explique suffisamment les symptômes de péritonite purulente à marche rapide qui ont entraîné la mort.

Obs. XXIV (R. Godlee. On the antiseptic system as seen in Professor Lister's Wards at Edinburg. British medical Journal, 27 octobre 1877, p. 592).

Homme avancé en âge, souffrant depuis deux ans d'un abcès lombaire lié à une lésion de la colonne vertébrale. Abcès ouvert et

pansé antiseptiquement. Diminution graduelle de la quantité de l'écoulement et le trajet fistuleux finit par se fermer.

Le malade fut tenu au lit pendant six semaines, puis on lui permit de s'asseoir quelques instants. Il en résulta la réapparition de l'abcès au bout de quelque temps.

Cet abcès qui fut traité comme le premier avait été, lorsque je vis le malade, guéri depuis plusieurs semaines, et on permettait au malade de se lever un quart d'heure par jour portant un corset pour soutenir la colonne vertébrale. Le malade que je revis au bout de six mois était bien, pouvait rester debout toute la journée, mais ne pouvait se passer du corset.

Obs. XXV (Lancet, 28 sept. 1872, p. 447).

University College Hospital. Abcès par congestion. Incision. Guérison de l'abcès. Mort par suite d'une tuberculose aiguë généralisée.

6 novembre. Ouverture antiseptique de l'abcès lombaire. L'abcès du psoas fut vidé en partie à travers l'incision lombaire.

Le 24. La suppuration en deux jours est à peu près seulement d'une cuillerée à café de fluide séreux.

9 décembre. Il n'y a plus de suppuration. Il y a encore un peu de souffrance dans la colonne vertébrale. Le malade se lève deux heures.

23 janvier. Céphalalgie. Vomissements. Tuberculose aiguë.

Mort le 30 janvier.

Obs. XXVI (Lancet, 26 sept. 1874, p. 442).

Abcès par congestion du mal de Pott. Ouverture avec toutes les précautions antiseptiques. Huit mois après, mort d'épuisement.

CHAPITRE IV.

Extirpation de la poche de l'abcès. Grattage des parois.

Attribuant à l'action de l'air sur la paroi des abcès par congestion les redoutables dangers qui, le plus souvent, en suivaient l'ouverture, quelques chirurgiens ont proposé, pour éviter ces accidents, l'excision des parois du kyste purulent.

Nous ne croyons pas qu'Antoine Mosnier (Dissertation inaugurale sur une nouvelle méthode de traitement des abcès, Paris, 1803) ait eu en vue les abcès par congestion. Nous pensons qu'il n'a voulu parler que des loupes et des lipomes.

C'est dans la thèse de Péchinot (Essai sur les abcès par congestion 1818) que nous voyons mentionné, pour la première fois, ce mode de traitement. « J'ai vu, dit-il (page 37) M. Bouchet de Lyon, pratiquer avec succès l'extirpation du kyste d'un abcès froid siégeant au-dessus de l'angle inférieur du scapulum ».

Mais c'est Seutin (Gazette médicale de Paris, 1841, p. 237) qui a surtout préconisé l'excision du kyste des abcès par congestion. Il a rapporté une observation où ce traitement a été suivi d'un bon résultat : nous la reproduisons plus loin,

Mais cette pratique ne fut pas suivie et les auteurs la blamèrent. Follin(1) en parle même d'une façon assez sévère. « Quant à cette excision des parois du kyste, dit-il, proposée naguère par Seutin, on a peine à comprendre qu'elle

(1) Follin. Pathologie externe, t. II, p.

ait pu venir dans l'esprit d'un chirurgien tant soit peu familiarisé avec l'anatomie pathologique des abcès ossifluents ».

Tout dernièrement, M. Lannelongue (1), considérant les abcès ossifluents comme ne différant des abcès froids simples que par une origine osseuse, eut l'idée d'appliquer aux premiers le même traitement qu'aux seconds, c'est-à-dire la décortication, le grattage des parois.

Il n'appliqua d'abord ce procédé qu'aux abcès ossifluents sessiles, c'est-à-dire à ceux qui poursuivent toutes les étapes de leur développement sur la place qui les a vus naître; puis l'étendit bientôt aux abcès par congestion proprement dits.

MM. Jules Beckel (2), Labbé, Reclus (3), et aujourd'hui un grand nombre de chirurgiens ont imité M. Lannelongue.

On revient donc, en définitive, à la pratique de Seutin, mais on y est conduit par des idées absolument différentes. Seutin, craignant l'action de l'air sur la paroi des abcès par congestion, excisait cette paroi; aujourd'hui, on l'excise parce que, à la suite de M. Lannelongue, on pense que cette paroi est active, envahissante et qu'elle constitue vraiment la partie importante, dangereuse des abcès.

Ceci mérite quelques développements. Dans son savant ouvrage sur les abcès froids et la tuberculose osseuse, M. Lannelongue a voulu démontrer que les abcès par congestion ne sont autre chose que des abcès froids tuberculeux.

(1) Lannelongue. Abcès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881, p. 75, 119 et suiv.

(2) Jules Bœckel. Fragments de chirurgie antiseptique, 1882, p. 453 et suivantes.

(3) Reclus. Gazette hebdom., 1882, p. 506.

Leur origine, leur évolution, leur constitution anatomique sont donc, d'après cet auteur, bien différentes de celles que leur ont assigné les auteurs classiques. Voici, par exemple, ce que dit Denonvilliers(1) de l'anatomie pathologique des abcès par congestion.

« Lorsque, à la suite d'une carie ou plus souvent d'une affection tuberculeuse du corps des vertèbres, une suppuration s'est établie, le pus, sécrété avec lenteur, mais d'une manière continue, s'insinue entre les os et les parties qui les environnent. Arrêté en arrière par les apophyses transverses et par les lames fibreuses qui vont de l'une à l'autre, bridé en avant par le puissant ligament vertébral commun antérieur, il se loge sur les parties latérales, où il rencontre moins de résistance, et se creuse là une poche simple, s'il s'est porté d'un seul côté, biloculaire et étranglée dans son milieu, s'il s'est porté à la fois à droite et à gauche. Les progrès de la maladie et la sécrétion incessante du pus rendent bientôt cette poche insuffisante, et comme les tissus qui la limitent ne se prêtent point à une distension plus considérable, il faut bien que le pus s'échappe à travers les fibres ligamenteuses écartées ou détruites. La tumeur nouvelle qu'il forme alors près de son lieu d'origine pourrait à la rigueur s'y développer sur place et sans changer sensiblement de position, c'est même ce qui arrive quelquefois, particulièrement dans la région cervicale ; mais le plus souvent le pus, obéissant aux lois de la pesanteur, favorisé par la laxité du tissu cellulaire prévertébral, aidé par les contractions musculaires, par les mouvements des organes thoraciques et abdominaux, ainsi que par les secousses qui résultent de la marche et de

(1) Denonvilliers. Loco cito, p. 45.

l'exercice, glisse vers les parties inférieures et vient, après avoir suivi un trajet variable se montrer sous forme d'abcès, dans diverses régions du corps qui diffèrent suivant le point de départ de la fusée purulente.

« Les parois de la poche sont formées par un tissu cellulaire très mince et peu consistant dans les premiers temps, épais et dur plus tard. L'intérieur du foyer est tapissé par une fausse membrane, blanchâtre, molle et pulpeuse d'abord, puis rouge et vasculaire quand l'abcès a été ouvert ».

Denonvilliers pensait donc que le pus des abcès par congestion avait une origine exclusivement osseuse.

D'autres auteurs admettaient bien que la membrane soi-disant pyogénique contribuait aussi à la production de la collection purulente, mais ce qu'on n'expliquait pas clairement, c'était et la formation de cette membrane et comment le pus se produisait à sa surface.

En 1876, Fourestié (1) essaie de donner une théorie nouvelle de la membrane pyogénique et voici ce qu'il en disait :

Le pus qui provient de la lésion oseuse détermine autour de lui une inflammation lente et chronique et voici les phénomènes qui se passent :

1° Prolifération des cellules embryonnaires qui se disposent en îlots allongés ou en traînées d'éléments pressés les uns contre les autres et limités par des fibres parallèles ; 2° formation de capillaires sanguins développés dans ce tissu embryonnaire ; 3° transformation de ce tissu en cellules de pus auxquelles s'ajoutent des globules blancs, exsudés à travers les vaisseaux capillaires.

(1) Fourestié. Etude sur les différents traitements des abcès ossifluents externes. Thèse de Paris, 1876.

La membrane pyogénique est consécutive à la formation du pus ; sans doute, elle laisse exsuder du pus à sa surface, mais ce n'est point par l'effet d'une sécrétion comme on le croyait autrefois, car le pus qu'elle laisse exsuder provient de sa destruction progressive ; elle dégénère en pus en un point pour aller se reconstituer un peu plus loin.

Le pus contenu dans un abcès ossifluent ne provient pas seulement de la lésion osseuse, mais aussi des tissus environnants. Détruire la poche, c'est supprimer une des sources de la suppuration.

Mais c'est M. Lannelongue qui a donné de l'anatomie pathologique des abcès par congestion, de leur origine et de leur évolution l'idée la plus nette, la plus claire.

Pour cet auteur, comme nous l'avons déjà dit, l'abcès par congestion est un abcès froid tuberculeux. Les tubercules après avoir envahi les corps des vertèbres se propagent aux parties molles voisines, les détruisent et c'est ce double travail morbide osseux et périphérique qui donne lieu aux collections purulentes.

Le premier phénomène qui indique la propagation de la lésion osseuse aux parties molles est un engorgement faisant corps avec le squelette. « Cet engorgement (1) est constitué par des fongosités très vasculaires qui traversent le périoste par des éraillures multiples pour se développer ensuite à sa surface externe dans les tissus voisins. Quelquefois, la destruction du périoste est plus étendue et les bords de l'ulcération font partie du noyau fongueux lui-même. Enfin, il existe dans d'autres circonstances un véritable abcès limité de toutes parts par ces mêmes fongo-

(1) Lannelongue. Loco cito, p. 119 et suiv.

sités étalées en membrane, sauf au niveau de l'os, qui est dénudé, inégal, ulcéré. Les fongosités peuvent prendre une très grande extension sans qu'il y ait autre chose qu'un liquide qui les infiltre, sans qu'on trouve un véritable abcès. On voit maintenant comment s'est effectuée la propagation ; nés dans l'intérieur de l'os, ces bourgeons charnus déterminent l'agrandissement des canaux de Havers ou de véritables pertes de substance de la surface des os ; ils atteignent ainsi le périoste qu'ils détruisent par le même procédé et ils gagnent enfin les tissus extérieurs, où leur développement continu est d'autant plus rapide que ces tissus leur offrent moins de résistance. Il se fait donc dans les parties molles un travail identique à celui qui s'accomplit dans l'os ou plutôt c'est la continuation du même travail. Il peut arriver cependant que la nature des lésions osseuses, et surtout leur étendue, modifient l'ordre d'évolution de ces phénomènes ; s'il existe une destruction étendue, si l'os présente, en un mot, une de ces cavités comme on en rencontre dans les vertèbres, dans le tibia, le fémur, l'humérus, etc., le contenu de ces cavités peut se déverser directement à la surface sous le périoste ou en dehors de cette membrane. Ce n'est que plus tard qu'il se crée alors autour de ces foyers externes une membrane constituée sur le même type que précédemment. On rencontre parfois au devant des corps vertébraux détruits des amas de matière caséeuse provenant des cavernes osseuses ; autour de cette substance, les tissus voisins, le tissu cellulaire principalement sont le siège d'une néoplasie embryonnaire active ; c'est un acheminement vers l'enkystement de ces produits. »

Le double travail qui se passe du côté des os et des parties molles avoisinantes donne lieu à un abcès et celui-ci

est absolument identique à un abcès froid tuberculeux. La paroi est la partie importante, le contenu est accessoire et dérive de la paroi. Celle-ci est exclusivement formée d'éléments cellulaires embryonnaires parmi lesquels apparaissent les follicules et les nodules tuberculeux. D'un côté, à la périphérie, la néoplasie embryonnaire envahit et détruit les tissus voisins ; d'autre part, les parties anciennes de la paroi, celles qui confinent à la cavité de l'abcès, se dissocient et plus ou moins détruites tombent dans la cavité ; envahissement d'un côté, destruction de l'autre, telle est la marche de ce singulier processus. La paroi prend plus d'extension dans les régions où le tissu cellulaire abonde, dans les intervalles des muscles, entre leurs gaines, le long des gaines des vaisseaux. Mais tandis que le tissu adipeux est, comme le tissu conjonctif, l'objet d'un envahissement rapide, le tissu musculaire offre une plus grande résistance. Le psoas est pourtant bien souvent détruit.

D'habitude la poche ne gagne du terrain que dans un sens déterminé. Dans les régions où cet accroîssement est définitif, la paroi prend une constitution celluleuse plus ou moins dense ; elle peut même devenir fibreuse.

Pour M. Lannelongue, l'influence du poids du liquide est tout à fait secondaire dans le mécanisme de l'accroissement de l'abcès.

« Le contenu (1) des abcès a une double origine : l'os affecté, la paroi elle-même. Dans quelle proportion chacune de ces sources intervient-elle ? Cela est difficile à dire. Le volume que prend l'abcès fournit cependant une donnée importante pour cette évaluation. Au premier abord on pour-

(1) Lannelongue. Loco cito, p. 122.

rait penser qu'un abcès très volumineux, très étendu, implique des destructions osseuses très considérables. Cela n'est nullement nécessaire ; ne sait-on pas d'ailleurs que l'activité de la paroi, son accroissement sont liés à autre chose qu'à la présence d'une quantité plus ou moins grande de liquide. Bien plus, la paroi peut rencontrer des résistances dans son accroissement, dont netriompherait un tropplein de liquide que par la rupture de la paroi elle-même et c'est ce qui n'a pas lieu. La constitution anatomique de la paroi, son mode continu de propagation sont donc les éléments principaux de cette augmentation de volume et nous avons vu qu'à ce développement continu correspond un travail de destruction parallèle qui contribue pour une large part à augmenter le contenu de l'abcès. L'observation clinique fournit un ensemble de données à l'appui de cette interprétation. Elle nous montre d'une part, dans le mal de Pott, par exemple, de grandes courbures à flèches énormes avec un angle saillant très aigu, n'ayant pu se produire qu'à la condition d'une destruction de plusieurs corps vertébraux ; la suppuration n'est pas nécessairement liée à ces affreuses déformations où prennent part sept à huit vertèbres quelquefois. Il est des malades qui porteront pendant plusieurs années et toute leur vie ces gibbosités sans qu'aucun abcès puisse être soupçonné. Il en est même que l'on considère comme guéris et qui se croient tels, lorsque dix ans, quinze ans plus tard, survient la complication inattendue alors, l'abcès par congestion. Ces exemples, je le veux bien, ne sont pas les plus nombreux, mais ils ne sont pas non plus exceptionnels ; et alors on doit se demander pourquoi cette disparité dans les faits similaires, et d'où vient que des lésions destructives de même nature sont accompagnées de vastes suppurations d'un côté et non

de l'autre. La suppuration ne devrait-elle pas être liée dans les deux cas à l'œuvre de destruction ? Il n'en est rien cependant, et l'on voit de nombreux maux de Pott avec gibbosité sans suppuration. C'est qu'en effet, les produits caséeux contenus dans les cavités osseuses peuvent rester longtemps sous cette forme et même devenir l'objet d'un travail de résorption qui les fait disparaître. De telle sorte que s'il ne s'ajoute pas aux altérations osseuses un élément extérieur qui engendre le pus, les déformations ne sont plus alors accompagnées d'abcès. Mais généralement les fongosités apparaissent et elles sont liées, comme nous l'avons établi plus haut, au mécanisme de la suppuration ».

On peut se demander si tous les abcès par congestion sont constitués de la sorte ; cela revient à rechercher si le mal de Pott est toujours tuberculeux. Tant qu'on n'a fait qu'un examen *post mortem* de la colonne vertébrale malade, la recherche de la véritable nature du mal de Pott a été fort difficile, sinon impossible. Mais M. Lannelongue a employé un procédé qui nous paraît appelé à résoudre cette grave question. M. Lannelongue extirpe sur le vivant partiellement ou totalement la paroi des abcès ossifluents et en fait l'examen microscopique. Il est évident que la nature de la paroi réflète bien exactement la nature des lésions osseuses. Or M. Lannelongue nous a dit avoir examiné de nombreux abcès par congestion du mal de Pott et avoir toujours trouvé des follicules tuberculeux dans les parois. Par conséquent pour M. Lannelongue tout abcès par congestion d'origine vertébrale est constitué tel qu'il l'a décrit.

Tous les histologistes, cependant, n'admettent pas le fol-

licule tuberculeux comme caractéristique de la tubercu lose.

Nous ne saurions entrer dans cette discussion. Mais ce que nous voulons retenir de tout ceci, c'est que l'abcès par congestion d'origine vertébrale est un abcès froid et que la paroi de cette collection purulente n'est pas la paroi inerte qu'on avait décrite. Elle est essentiellement active, envahissante, destructive, et elle constitue la partie importante de l'abcès. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on ait songé à l'extirper.

Les abcès ossifluents sessiles ne présentent aucune difficulté. On les incise largement et on gratte avec soin la paroi. Si la lésion osseuse est accessible, on la rugine ou on la résèque.

Les abcès iléo-fémoraux sont moins accessibles.

Voici comment procède dans ces cas M. Jules Bœckel.

Il croit nécessaire de faire des incisions très étendues afin de pouvoir bien explorer la cavité de l'abcès. Après avoir largement fendu la poche fémorale et gratté soigneusement la paroi, on fait au-dessus du ligament de Poupart une large incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. La région lombaire doit être soigneusement explorée; il est très fréquent que la collection purulente se soit étendue jusque-là et, chez les deux petits malades que nous avons vus opérer par M. Reclus, le prolongement lombaire existait. Il faut alors faire une contre-ouverture dans cette région. Grâce à ces incisions multiples, on pourra extraire des esquilles plus ou moins volumineuses, gratter les parois et les désinfecter au moyen d'une solution de chlorure de zinc au 1/10 dont on imbibe des bouts d'éponge à tige que l'on promène rapidement sur toute l'étendue du foyer.

D'après M. Jules Bœckel, on peut sans crainte, à la condi-

tion d'aller vite, plonger les éponges dans l'abdomen et nettoyer la plaie jusque dans ses moindres recoins. On détermine ainsi un travail de modification amenant la destruction et l'élimination des parties malades au bout de très peu de jours.

Avec la cuiller tranchante on peut racler la surface intérieure de l'abcès jusqu'au niveau des vertèbres qu'on touche avec l'instrument. M. Lannelongue préfère sa spatule portée sur de très longs manches.

M. Jules Bœckel insiste beaucoup sur la nécessité de faire des ouvertures assez larges pour y introduire deux ou trois doigts.

On lave la cavité avec la solution faible d'acide phénique et on pratique largement le drainage. Il sera bon de placer un gros tube qui ira de la région lombaire à la plaie abdominale. Au bout de quelques jours, lorsque le trajet sera bien marqué, on remplacera ce tube entier par des bouts de drain courts.

Nous avons réuni vingt-une observations où le grattage a été plus ou moins complet. Il y a deux cas de mort. La petite malade de M. Reclus est morte de broncho-pneumonie seize jours après l'opération. Celle de M. Jules Bœckel a succombé seize mois après l'opération épuisée par la suppuration.

Deux petits malades qui sont sortis de l'hôpital conservant des fistules sont aujourd'hui dans un fort mauvais état.

Il y a quatorze cas de guérison absolue qui se décomposent ainsi : six abcès lombaires dont quelques-uns ont été guéris en fort peu de jours et huit abcès iliaques, iléo-lombaires et de la région fessière.

N° d'ord.	Nom d'auteur.	Age du malade Nature de l'abcès.	Traitement.	Guérison en
1	Seutin.	20 ans. Gibbosité. Abcès partie postér. cuisse du bord inf. du grand fessier au creux poplité.	Incision. Extirpation du kyste jusque vers le milieu du grand fessier. Guérison en	19 mois.
2	J. Bœckel.	9 ans. Abcès lombaire.	Dissection de la poche comme pour une tumeur. Extirpation. Extraction d'une portion d'os carié avec la gouge et le maillet. Guérison en	6 jours.
3	Cadet de Gassicourt.	6 ans. Gibbosité. Abcès lombaire.	Grattage de la poche. Lister. Guérison en	20 jours.
4	—	5 ans. »	» Guérison en	1 mois.
5	—	7 ans 1[2. »	» Guérison très rapide.	?
6	Reclus.	37 ans. Abcès lombaire.	» Guérison en	2 mois.
7	—	26 mois. Gibbosité. Abcès iliaque, prolongement lombaire.	Incision large région lombaire. Contre-ouverture au-dessus de l'arcade de Fallope. Grattage. Mort par broncho-pneumonie 16 jours après l'opération.	
8	—	7 ans. Gibbosité. Abcès iléo-fémoral.	Incision au niveau région fémorale, puis au-dessus de l'arcade de Fallope ; contre-ouverture région lombaire. Grattage, etc.	
9	—	11 ans. Gibbosité. Abcès iliaque, prolongement lombaire.	Incision région lombaire. Grattage. Il reste encore une fistule. Nouvel abcès partie supérieure et interne cuisse qui s'est ouvert spontanément et suppure beaucoup. Mauvais état.	
10	—	16 ans. Abcès lombaire.	Incision. Grattage. Les apophyses épineuses des 10e et 11e vertèbres dorsales sont ruginées. Guérison en	9 mois.
11	Lannelongue.	8 ans. Abcès iléo-fémoral.	Incision. Grattage avec longue spatule jusqu'à atteindre la colonne vert. Guérison en	3 semaines.
12	J. Bœckel.	10 ans. Abcès iléo-fémoral.	Incision au-dessus du ligament de Poupart. Contre-ouverture à la cuisse et région lombaire. Deux mois après l'opération, suppuration très faible. Etat général excellent. Guérison assurée.	

Nº d'ord.	Nom d'auteur.	Age du malade. Nature de l'abcès.	Traitement.	Guérison en
13	Labbé.	16 ans. Gibbosité. Abcès iléo-fémoral.	Incision au-dessous du pli inguinal. Grattage des parois. Elle sort de l'hôpital avec une fistule qui ne s'est pas encore refermée. L'enfant épuisée par la suppuration est dans le marasme.	
14	J. Bœckel.	26 ans. Gibbosité. Abcès iléo-fémoral.	Incision au-dessus du ligament de Poupart. Contre-ouverture partie inférieure de la tumeur. Extirpation de la poche. Grattage. Guérison en	10 mois.
15	—	7 ans. Gibbosité. Abcès iliaque.	Incision au-dessus du ligament de Poupart. Contre-ouverture région lombaire. Grattage. Guérison en	18 mois.
16	—	6 ans. Abcès iliaque. Gibbosité.	» Guérison en	1 an 1/2.
17	—	15 ans. Gibbosité. Abcès iléo-fémoral.	Incision. Grattage de la poche fémorale. Guérison parfaite.	?
18	—	50 ans. Abcès iléo-fémoral.	Extirpation de la poche fémorale. Guérison par première intention presque sans pus en 10 jours. Fistule persistante pendant trois semaines. Au bout de trois mois, la fistule se rouvre. Albuminurie. Mort 16 mois après l'opération.	
19	Brottet.	29 ans. Abcès lombaire.	Incision. Râclage. Neuf jours après le malade sort dans l'état le plus satisfaisant ; la réunion immédiate s'est faite sur la plus grande étendue de l'incision.	
20	Augagneur.	17 ans. Abcès sous-fessier.	Incision. Grattage. Guérison complète en	4 mois.
21	—	51 ans. Gibbosité. Abcès région fessière.	» 7 jours après l'opération, il ne s'écoule que quelques gouttes de sérosité.	

Obs. I (Seutin).

Augustine Samant, âgée de 20 ans, de constitution lymphatique, entre le 19 mars 1837 à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. Depuis deux ans, elle ressent, dans les lombes, une pesanteur qui est continuelle depuis un an. Neuf mois avant son entrée à l'hôpital, elle reconnaît une tumeur dans la partie postérieure de la cuisse gauche. Cettte tumeur prend bientôt un grand volume.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital : Tumeur fluctuante et volumineuse située à la partie postérieure de la cuisse et s'étendant du bord inférieur du grand fessier au creux poplité: saillie marquée de l'apophyse épineuse de la première lombaire; dans le flanc gauche, trois tumeurs dures. indolores, d'un volume double d'un œuf de pigeon.

27 mars. M. Seutin fait, sur la peau qui recouvre la tumeur, une incision verticale qui en parcourt toute la longueur. Le kyste, mis ainsi à découvert, est séparé par dissection de la peau, jusqu'à l'endroit où il commençait à s'engager dans les parties profondes du membre. Une ponction faite alors laisse écouler 3 livres d'un liquide séro-purulent, grumeleux, d'un jaune verdâtre. Excision du kyste, tantôt avec le bistouri, tantôt avec les ciseaux. En haut, le kyste a été suivi jusque vers le milieu du grand fessier, sous lequel il s'enfonçait. Là, il se continuait par l'échancrure sciatique jusque dans le petit bassin. Une sonde élastique nº 8 put pénétrer de toute sa longueur dans cette cavité sans être arrêtée, ce qui laissait supposer que le trajet fistuleux remontait encore plus haut.

Le pansement consiste en quelques bandelettes agglutinatives, de la charpie, des compresses et une compression médiane. De chaque côté de la cuisse, une vessie pleine de glace.

L'inflammation fut à peine prononcée à la cuisse; fièvre très modérée et presque nulle le onzième jour, et la suppuration de bonne nature. L'appétit revint.

Quand, le 20 mai, la malade sortit de l'hôpital, il ne restait plus qu'une fistule qui donnait beaucoup de pus de mauvaise qualité. La santé était rétablie.

Pendant l'année 1838, les exutoires de la région lombaire sont

supprimés ; les injections chlorurées par la fistule, la compression employée contre la fistule.

A l'intérieur, des toniques, l'iodure de potassium furent administrés par un autre médecin, qui regarde l'abcès qu'a porté la malade comme indépendant d'une maladie des os. Sous l'empire de cette médication, le pus devint louable, et le 10 septembre 1838, il ne restait qu'une plaie superficielle qui se ferma en novembre.

La santé d'Augustine Samant est complètement rétablie.

Obs. II (Jules Rœckel. Loc. cito, p. 462).

Weinling (Emma), 9 ans. Abcès froid gros comme un poing d'adulte au niveau de la deuxième vertèbre lombaire.

31 août. Dissection de la poche comme une tumeur. Extirpation. Au fond de la plaie, on tombe sur un point de vertèbre (épine) cariée, en communication avec l'abcès. Extraction de cette portion d'os avec la gouge et le maillet. Désinfection. Réunion. Tube à drainage court sur le milieu de la ligne de réunion. Lister. Compression. T. S. 37,3.

1er septembre. T. M. 37,5. S. 38,4.

Enlèvement du tube ; pas une goutte de pus.

Le 2. T. M. 37,1. S. 37,5.

Le 3. T. M. 37°. S. 37°.

Le 4. T. M. 36,7. S. 37°.

Le 5. T. M. 36,5. S. 36,9.

Enlèvement des épingles. Réunion parfaite sans une goutte de pus. Croûte desséchée sur le trajet du tube.

Exeat le 10 (dixième jour). Guérison maintenue depuis lors (mai 1882).

Obs. III (Dr Cadet de Gassicourt, communiquée par M. Reclus).

Lebrun (Paul), âgée de 6 ans. Entré le 10 mai 1882, salle Lugol.

Cet enfant, porteur d'un mal de Pott de la région dorsale, revint de Berck-sur-Mer avec un abcès de la grosseur d'un œuf de poule situé au côté gauche de la gibbosité.

12 mai. L'état général étant très bon, M. Cadet de Gassicourt incisa l'abcès, l'enfant étant sous le chloroforme. Il sortit un pus épais, grumeleux. La poche fut grattée avec soin, et la paroi enlevée avec la spatule de M. Lannelongue. Le doigt pouvait pénétrer jusqu'à la colonne vertébrale; on mit un gros drain dans la plaie et on pansa au Lister.

Les jours suivants, il n'y eut pas la moindre apparence de fièvre, l'état général resta très bon. La suppuration alla en diminuant, et le 1er juin, c'est-à-dire vingt jours après l'opération, la cicatrisation était complète.

Le 19 du même mois, l'enfant fut envoyé en convalescence à la Roche.

Obs. IV (Cadet de Gassicourt, communiquée par M. Reclus).

H... (Victor), âgé de 5 ans. Entré à l'hôpital Trousseau, salle Lugol, le 21 novembre 1878, pour un mal de Pott s'étendant de la cinquième à la dixième vertèbre dorsale. Le mal de Pott alla en s'aggravant, et, peu à peu, on observa de la paralysie des sphincters et des membres inférieurs.

Au commencement de janvier 1882 apparut un abcès au niveau de la partie supérieure de la gibbosité et à gauche. Cet abcès, nullement douloureux, était de la grosseur d'une petite orange.

9 janvier. L'enfant étant sous le chloroforme, M. Cadet de Gassicourt incisa largement l'abcès et gratta la paroi avec la spatule. Lavage à l'acide phénique. Gros drain dans la plaie. Pansement de Lister.

L'état général fut toujours bon. La suppuration alla en diminuant.

20 janvier. Le drain fut retiré, et la cicatrisation était complète le 10 février, c'est-à-dire un mois environ après l'opération.

Aujourd'hui, 25 juillet, le malade est toujours dans la salle Lugol. La guérison de l'abcès s'est parfaitement maintenue. Rien n'indique jusqu'à présent une récidive.

Obs. V (Cadet de Gassicourt, communiquée par M. Reclus).

G... (Georges), âgé de 7 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau le 17 avril 1882, salle Lugol.

Cet enfant était déjà entré dans le service de M. Cadet de Gassicourt dix-huit mois auparavant pour un mal de Pott avec paralysie. Cette paralysie ayant disparu, il fut envoyé à Berck d'où il revint dans un état très satisfaisant.

En avril 1882, il rentra dans le service pour un abcès volumineux siégeant à gauche de la gibbosité et à sa partie supérieure. Cet abcès fut ouvert au commencement de mai et guérit rapidement. Le malade put être envoyé à Berck le 17 juin complètement guéri.

Obs. VI (Communiquée par M. Reclus).

Drouet (Marie), âgée de 37 ans, lingère, entre à la Pitié, salle Lisfranc, le 13 avril 1882.

Pas d'antécédents héréditaires. La malade a toujours eu une faible santé.

Depuis quelques années, la malade veuve avec cinq enfants était surmenée par les soins du ménage. Il y a deux ans, elle ressentit quelques douleurs diffuses dans la région dorsale.

Il y a un an, exagération violente des douleurs. Les douleurs sont vives, exaspérées au moindre mouvement et siègent plus spécialement dans l'abdomen. Fourmillements, engourdissement des membres inférieurs, troubles dans la défécation. La miction, au contraire, a toujours été régulière et normale.

En même temps, troubles généraux qu'on peut rapporter aussi bien à la lésion rachidienne qu'aux complications pulmonaires phymiques qui à ce moment entraient en scène.

Vers cette époque, il y a à peu près deux mois, la malade s'aperçoit d'une grosseur au niveau de la crête iliaque gauche. Cette grosseur a débuté dans la fesse gauche et s'est élevée jusqu'au niveau de la deuxième ou troisième vertèbre lombaire. Signes non douteux d'invasion tuberculeuse surtout au sommet gauche.

A son entrée dans la salle Lisfranc, la malade souffre au niveau du rachis et de la fesse gauche de douleurs très vives que le moindre mouvement exaspère. Aussi, reste-t-elle immobile dans le décubitus dorsal. Etat de maigreur considérable. Accès de fièvre très fréquents : sueurs profuses. L'appétit a complètement disparu. Cachexie profonde.

20 avril. M. Reclus, alors chef du service se décide à intervenir pour tâcher, en enlevant le contenu de l'abcès et en ruginant les surfaces osseuses d'éloigner les causes de la cachexie.

Il fait sur le côté gauche de la colonne vertébrale, au thermocautère, une longue et large incision longitudinale. Issue d'une grande quantité de pus caséeux et granuleux.

M. Reclus constate que l'abcès contourne la colonne vertébrale et doit avoir son origine à la partie antérieure des vertèbres. Dans ces conditions, il était impossible d'aller ruginer les surfaces osseuses.

M. Reclus se contente donc de faire une seconde incision transversale, un peu plus petite que l'incision longitudinale, qu'elle traverse à peu près vers sa partie moyenne, et il gratte les parois de l'abcès.

Il panse la plaie avec 5 ou 6 éponges imbibées d'eau phéniquée enfoncées dans la plaie et fortement comprimées avec des bandes de tarlatane.

On met la malade dans une gouttière de Bonnet.

Le 23 avril le pansement est défait. Les éponges ont absorbé le pus, la plaie est sèche et exhale une odeur insupportable. Pansement de Lister.

Le 15 mai on supprime la gouttière de Bonnet. A la suite de l'opération, une suppuration abondante s'établit. La malade continue à avoir des accès de fièvre.

Les parois de l'abcès se couvrent de bourgeons charnus de bonne qualité qui en comblent peu à peu la cavité. Bientôt les deux incisions se cicatrisent et il ne reste plus qu'à leur point de rencontre un petit espace où la cicatrisation n'est pas encore faite et qui suppure. Cet espace finit bientôt par se combler. En même temps, l'état général s'améliore peu à peu. L'appétit reparaît et se rétablit définitivement sous l'influence du vin de pepsine ordonné par M. Verneuil.

A la sortie de la malade, le 28 juin, la plaie est complètement cicatrisée. Les douleurs dorsales ont disparu. Il ne reste qu'un peu de faiblesse dans les membres inférieurs.

La menstruation n'est pas revenue. Somme toute, l'état général est satisfaisant. La malade a engraissé. Les troubles pulmonaires ont, sinon disparu, tout au moins subi un temps d'arrêt.

Obs. VII (Recueillie par M. Berne, interne des hôpitaux, et communiquée par M. Reclus).

Le 19 juillet 1882 est entrée à l'hôpital Trousseau, salle Giraldès, n° 1, Jeanne Simonnet, âgée de 26 mois.

Les renseignements que donne la mère sont fort incomplets, car elle a peu vu sa fille, qu'elle a envoyé à la campagne à peine âgée de 3 semaines. L'enfant fut nourrie au biberon et se porta, paraît-il, assez bien jusque vers l'âge de 18 mois. A cette époque elle commença à dépérir et à marcher fort difficilement en appuyant ses deux mains sur les cuisses. Bientôt on découvrit qu'elle avait une gibbosité.

Nous constatons à son entrée dans le service que l'enfant est atteinte de mal de Pott lombaire se traduisant par une gibbos itémédiane intéressant la colonne lombaire, mais principalement les 3e et 4e vertèbres lombaires. Abcès par congestion qui occupe la gaine du psoas et apparaît à la partie supérieure de la cuisse. Cet abcès, fort volumineux, fait saillie également dans la région lombaire. La petite malade est extrêmement chétive, elle tousse et présente au sommet droit quelques petits râles et un peu de matité; diarrhée, inappétence.

Le 28 juillet, opération. Après chloroformisation, M. Reclus fit une incision portant sur la partie culminante de l'abcès lombaire. Issue d'une grande quantité de pus et de quelques fragments osseux. Contre-ouverture au-dessus de l'arcade de Fallope. La poche de la région lombaire est grattée avec la spatule de M. Lannelongue et tout le trajet est gratté avec l'ongle.

M. Reclus introduit le doigt jusqu'au niveau de la colonne vertébrale et retire un petit sequestre de la grosseur d'une noisette à peu près ainsi qu'un amas caséeux dont la partie centrale commençait à se ramollir.

Désinfection de la poche de la région lombaire au moyen du chlorure de zinc au 10e. Grands lavages phéniqués de tout le trajet. Drainage. Les plaies sont pansées avec des compresses phéniquées et saupoudrées d'iodoforme.

29 juillet. Pansement; ni pus, ni odeur. Lavage à l'acide phé. que. temp. 38,8. Probablement à cause du chloroforme, la petite

malade vomit tou ce qu'elle prend. Elle se plaint beaucoup et ne dort pas.

31 juillet. La petite malade paraît affaissée, les vomissements persistent.

1er août. Gémissements continuels. Les vomissements persistent. Lait glacé.

2 août. Les vomissements ont cessé. Suppuration abondante.

4 août. La petite malade va aussi bien que possible. Pas de fièvre ce matin. On enlève les drains qui vont d'une plaie à l'autre et on les remplace par de simples bouts de drain.

7 août. La fièvre a augmenté, la petite malade tousse beaucoup.

12 août. Mort par bronchopneumonie.

Observation VIII.

Ruggieri, âgé de 7 ans, entre le 7 août 1882, à l'hôpital Trousseau, lit n° 33, salle Denonvillers.

Nous n'avons pu recueillir de renseignements. L'enfant est maigre et porte des traces non douteuses de scrofule, telles que ganglions cervicaux, spina-ventosa de la première phalange du pouce gauche.

Gibbosité peu considérable des dernières vertèbres dorsales et vertèbres lombaires. Enorme abcès par congestion proéminant à la région lombaire dans la fosse iliaque et la partie interne et supérieure de la cuisse gauche.

L'état général n'est pas mauvais, l'enfant est maigre, mais sa figure est colorée.

Les poumons paraissent en bon état. Les membres inférieurs ne présentent rien de particulier par rapport à la sensibilité et à la motilité. L'enfant sent très bien ; il marche et court comme tous ceux de son âge.

L'opération est pratiquée le 9. L'enfant étant complètement endormi, M. Reclus fait sur l'abcès de la cuisse une incision de 6 centimètres environ dirigée obliquement de dehors en dedans; issue d'un flot de pus jaunâtre, la poche est entièrement ouverte avec les ciseaux. Au fond de la plaie, on voit très bien l'artère et la veine fémorales. La poche est grattée avec la spatule et avec les doigts. Une seconde incision de 4 centimètres est faite au-dessus

du ligament de Poupart, comme pour la ligature de l'iliaque externe. En prenant pour guide la spatule introduite dans la plaie et dirigée vers la région lombaire, une contre-ouverture est pratiquée à la région lombaire. Les doigts introduits par l'incision iliaque et la plaie lombaire se rencontrent et grattent le trajet. Par ces incisions sortent une grande quantité de pus caséeux et des espèces de bourgeons charnus, mollasses, qui tapissent le trajet.

M. Reclus introduit un doigt dans la plaie lombaire du côté de la colonne vertébrale, mais il ne peut sentir le foyer de destruction osseuse. Lavage phéniqué, solution 5 0/0. Avec un pinceau trempé dans une solution de chlorure de zinc au 10°, on badigeonne rapidement les plaies. Lavage avec solution phéniquée forte. Drainage de part en part allant de la région lombaire jusqu'à la cuisse en passant sous le ligament de Poupart. Pas de suture. Pansement de Lister. Le soir de l'opération, temp. 37,2.

10 août. Premier pansement. Ecoulement abondant de sérosité sanguinolente. L'enfant est gai. Temp. matin, 36,8 ; soir, 37,4.

Le 11. Temp. matin, 37,3 ; soir, 38°.

Le 12. Pansement. Temp. matin, 37,2 ; soir, 38,8.

Le 14. Pansement. Fort peu de suppuration. Lavage à l'eau phéniquée. On touche les plaies au chlorure de zinc. Pansement avec des compresses iodoformées, Lister. Temp. matin, 38,4 ; soir, 38,4.

Le 15. Temp. matin, 37,6 ; soir, 38,2.

Le 16. Temp. matin, 37,4 ; soir, 38,2.

Depuis hier on note un gonflement œdémateux au niveau de la région parotidienne droite, avec rougeur. Aujourd'hui, l'œdème s'est beaucoup étendu, a envahi la région sous-maxillaire et la partie supérieure de la face. La paupière supérieure couvre entièrement l'œil droit. D'ailleurs, pas de fièvre, l'enfant est gai, demande à se lever et a de l'appétit. Pas d'albumine dans les urines.

Le 17. Même état. Temp. matin, 37,6 ; soir, 37,2.

Le 18. L'œdème de la face a diminué considérablement et l'œil est ouvert. Etat excellent.

Le 20. Pansement, un peu de pus, on raccourcit les drains. On enlève même le drain qui se trouvait dans l'incision lombaire. Pas de fièvre. Etat excellent.

Le 26. La température s'est un peu élevée et est encore à 38°.

Le 28. Temp. matin, 37,5. L'enfant mange très bien et est fort

gai. Pansement à l'iodoforme. Les drains commencent à être fort serrés.

Le 30. On retire le drain qui allait de l'incision iliaque à l'incision lombaire et on en coupe à peu près 3 centimètres. Toutes les plaies bourgeonnent bien. La plaie du triangle de Scarpa est à peu près cicatrisée. L'état de l'enfant est on ne peut plus satisfaisant.

Pas de fièvre. Pansement à l'iodoforme.

Obs. IX (Communiquée par M. Reclus).

Schlotter (Léon), âgé de 11 ans, entre le 2 juin 1882, salle Denouvilliers, lit nº 51, à l'hôpital Trousseau. A été soigné il y a cinq ans à l'hôpital Trousseau pour un mal de Pott lombaire. Il passe ensuite deux ans à l'hôpital de Berck qu'il a quitté l'an dernier.

Etat actuel. — Gibbosité qui est formée par les cinq vertèbres lombaires. Aucun trouble ni de la sensibilité, ni de la motilité aux membres inférieurs. Pas de lésions pulmonaires. Pas d'albuminurie. Amaigrissement considérable; l'état général est mauvais, l'enfant ne mange pas, souffre beaucoup. Il existe en effet un énorme abcès tuberculeux du volume d'une tête de fœtus, occupant la région lombaire droite et s'étendant depuis les dernières côtes jusqu'à la crête iliaque qu'il déborde un peu. Le foyer s'étend jusque dans la fosse iliaque.

8 juillet. Large incision transversale de 20 centimètres, à la partie moyenne de la poche. Écoulement d'une quantité considérable de pus. La crête iliaque est dénudée; l'abcès la franchit et passe dans la fosse iliaque.

Grattage de la poche avec la spatule de M. Lannelongue. Drainage. Lister.

Grands lavages phéniqués tous les jours.

La suppuration est très abondante les premiers jours. Jusqu'au 12, la température reste élevee. Mais l'état général est bien meilleur; l'enfant ne souffre pas, l'appétit revient.

A partir du 12, pansement à l'iodoforme. La suppuration est encore abondante pendant quelques jours, mais diminue ensuite progressivement.

27 juillet. Très bon état général. Suppuration peu abondante.

Le trajet ne présente plus qu'une profondeur de 4 centimètres. On retire l'un des drains.

1er août. Le petit malade est toujours fort pâle et sa température est un peu élevée, mais il a de l'appétit et dort bien.

A la fin du mois d'août l'état général est toujours médiocre, mais la fièvre à cessé. La cicatrisation de la plaie se fait fort lentement et la longueur du drain introduit n'a pas varié depuis le 27 juillet.

Sort de l'hôpital en septembre, conservant une fistule.

30 mai 1883. Nous sommes allés voir ce petit malade chez lui. Il est dans un triste état. Un mois après sa sortie de l'hôpital, il se forma un nouvel abcès à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. Cet abcès s'ouvrit spontanément et depuis lors laisse écouler une suppuration abondante.

Obs. X (Communiquée par M. Reclus).

Chabot (Joseph), 14 ans, entre le 27 juin 1882 à l'hôpital Trousseau, salle Denonvillers.

Antécédents scrofuleux; il porte aux régions mastoïdienne et sous-maxillaire droites des cicatrices d'écrouelles.

Il y a trois mois, apparut, à la région lombaire gauche, l'abcès pour lequel il entre à l'hôpital. Par sa partie interne, cette collection purulente atteint la saillie des apophyses épineuses lombaires au niveau desquelles la palpation permet de percevoir une crépitation comme voilée. Pas de gibbosité. Sommets des poumons douteux.

Le 13 juillet, M. Reclus fait au niveau de l'abcès deux incisions, l'une verticale, qui ouvre la poche dans son plus grand diamètre, et l'autre perpendiculaire à la première. Les parois sont grattées avec la spatule jusqu'aux muscles ; les sommets des apophyses épineuses de la dixième et de la onzième vertèbre dorsales sont ruginées ; les lèvres de la plaie sont suturées sur un drain de gros calibre. Pansement à l'iodoforme.

Le 15. L'abondance de la suppuration a disjoint les parties réunies.

La suppuration continue abondante pendant quelque temps ; mais le malade, qui avait été affaibli, reprend peu à peu, et dans les premiers jours d'août l'état est excellent, et la fièvre nulle.

Le 15 août. Depuis quelques jours la suppuration était redevenue fort abondante. On découvre un trajet fistuleux qui mène sur des apophyses épineuses cariées. M. Reclus agrandit le trajet fistuleux et ramène une esquille au moyen de la spatule.

30 août. Le trajet fistuleux s'est fort rétréci, c'est avec quelque difficulté qu'on peut faire pénétrer le stylet jusque sur les apophyses épineuses cariées.

Le malade sortit de l'hôpital en novembre, et alla en convalescence à la Roche, conservant toujours un petit trajet fistuleux Nous l'avons revu aujourd'hui 31 mai. Depuis plus d'un mois la fistule est fermée, cicatrisée, et il a repris son état d'apprenti fumiste. La santé est bonne.

Obs. XI (Communiquée par M. Lannelongue).

Petit garçon âgé aujourd'hui de 8 ans. C'est à l'âge de 10 ou 11 mois qu'il fut atteint d'un mal de Pott dorso-lombaire. Il est traité à l'âge de 20 mois par MM. Gueneau de Mussy et Lannelongue. La courbure comprend cinq à six vertèbres et présente une forme arrondie sans angle saillant.

Au mois de mai 1882, apparition de l'abcès par congestion au pli de l'aine, puis poche crurale qui proémine en dehors des vaisseaux.

5 juin. Incision, grattage, etc. Avec ma longue spatule, j'arrive sur un corps vertébral et il s'en détache une esquille jaunâtre du volume d'un haricot irrégulier.

Les suites de l'opération furent des plus simples. La température s'éleva le soir du troisième jour à 38,6, puis elle oscilla entre 38,4 et 37,7.

Trois semaines après l'opération, l'incision était cicatrisée. En novembre, l'enfant me portait lui-même à l'hôpital l'esquille que j'avais enlevée. Aujourd'hui (3 mai 1883), sa santé est parfaite.

Obs. XII (Communiquée par M. Jules Bœckel).

H..., 10 ans. Abcès ossifluent volumineux ayant son origine au niveau des deux dernières vertèbres dorsales, et s'étendant jusqu'au milieu de la cuisse droite, où il forme une tumeur volumi-

neuse grosse comme une tête d'adulte ; occupe tout le triangle de Scarpa ; s'étend d'une part depuis la branche descendante du pubis jusqu'à l'ischion, en dehors le long du fascia lata, et en bas jusqu'à deux travers de doigt de l'anneau des adducteurs ; la fluctuation est perçue au-dessus du ligament de Poupart.

10 mars 1883. Incision de 10 cent. au-dessus de ce ligament, comme pour la ligature de l'iliaque externe. Cinq contre-ouvertures à la cuisse. Il s'écoule plus d'un litre de pus grumeleux mêlé à des détritus aponévrotiques et à des masses fongueuses et caséeuses Grattage de la poche avec la cuiller tranchante ; le doigt introduit dans la cavité abdominale pénètre jusqu'aux deux dernières dorsales Pas d'esquilles libres. Contre-ouverture en arrière dans la région lombaire. Un gros drain est introduit dans le ventre. Cinq autres drains sont placés dans les contre-ouvertures. Désinfection avec solution phéniquée 5 0/0. Pansement avec compresses phéniquées et coton salicylé.

14 mars. On raccourcit tous les tubes ; presque plus de pus.

Le 20. Enlèvement de trois tubes.

Le 26. Enlèvement définitif des autres tubes. Les plaies ne sécrétant presque plus sont déjà aux trois quarts cicatrisées.

Aujourd'hui, 5 mai, il n'y a plus que trois fistules qui ne suppurent que très faiblement. Etat général excellent. Le malade se lève depuis plusieurs jours. La guérison est assurée.

Obs. XIII (Communiquée par M. Gendron, interne des hôpitaux).

Blanck (Adèle), âgée de 16 ans, entre à Beaujon le 31 mai 1882, salle Sainte-Agathe, service de M. Labbé.

Mal de Pott. Abcès par congestion datant de huit à neuf mois. Gibbosité considérable de la région dorsale ; la malade est petite, assez chétive, pâle.

Elle porte à la partie interne de la cuisse droite au niveau de la racine du membre une vaste collection fluctuante communiquant avec la fosse iliaque, où on peut faire refluer le liquide.

Il y a quatre ans, il y a eu pendant trois mois paralysie du membre inférieur droit et un peu de parésie seulement du gauche.

25 avril. Incision longue de quinze centimètres, commençant au-dessous du pli inguinal. Issue d'une quantité énorme de pus blanc-

jaunâtre bien lié; la pression sur la fosse iliaque amène l'écoulement d'une plus grande quantité de pus.

Après l'évacuation d'environ un litre et demi de pus, grattage des parois avec la cuiller de Wolkmann; extraction d'une grande quantité de fongosités mollasses.

Lavage des cavités avec injection phéniquée répétée jusqu'à ce que le liquide sorte limpide.

Suture de la plaie, drainage. Pansement de Lister.

Peu de fièvre pendant les jours suivants, écoulement peu abondant; les lavages ne sont faits qu'avec réserve. Quelques jours après on raccourcit le drain.

8 mai. Les derniers fils de suture sont enlevés, le drain est encore raccourci de quelques centimètres.

1er juillet. Le drain est enlevé. Pansement avec gaze phéniquée.

Le 10. Toujours quelques douleurs intercostales. Il reste encore un petit orifice fistuleux.

La malade sort en septembre. Elle revient à l'hôpital de temps en temps; il reste toujours deux petites fistules. L'état général laisse à désirer. Elle est maigre et toujours pâle.

20 mai 1883. Nous allons voir cette malade chez elle à Montmartre. La suppuration qui a toujours continué l'a épuisée. Elle tousse, et sa maigreur est très grande. Depuis un mois elle ne peut bouger de son lit.

Obs. XIV (J. Bœckel. Loco cito, p. 456).

Richl (Laurent), 26 ans, entré le 11 août 1881; atteint depuis son enfance d'une cyphose dorsale très prononcée. Taille, 1 mètre 25. Il y a quelques mois il vit se former une grosseur à la partie antérieure de la cuisse gauche. Cette grosseur augmentant de volume assez rapidement et causant des douleurs au malade, celui-ci se décida à rentrer à l'hôpital. A son entrée, la tumeur descend jusque vers le milieu de la cuisse. Elle est allongée suivant l'axe du membre et présente les dimensions d'une tête de fœtus à terme. Elle est molle et fluctuante ; le flot se propage jusqu'au dessus du ligament de Poupart.

Diagnostic. — Abcès ossifluent provenant de trois vertèbres dorsales.

Le 15. Ponction avec un gros trocart à la partie déclive de l'abcès. L'écoulement esttrès imparfait.

Le 18. Temp. matin 37,6; soir 38°.

Le 19. Temp. matin 38°; soir 39.

Le 20. On pratique l'ouverture de l'abcès delamanière suivante. Incision de quinze centimètres au-dessus et parallèlement au ligament de Poupart. Écoulement d'un flot de pus évalué à 500 ou 600 grammes. Contre-ouverture à la partie inférieure de la tumeur sur une étendue de 22 centimètres. Cela fait, on extirpe la poche à la cuisse, la poursuivant jusqu'au-dessus du ligament de Poupart. A ce niveau il est impossible d'aller plus loin. Avec la cuiller tranchante introduite dans la gaine du psoas on racle la surface intérieure de l'abcès jusqu'au niveau des vertèbres qu'on touche avec l'instrument.

Extraction d'une série de particules osseuses et de débris aponévrotiques grumeleux. Lavage de la cavité avec solution de chlorure de zinc 1/10 à l'aide d'éponges à tige, introduite, dans le ventre et promenées rapidement sur toute la surface à modifier. Lavage avec solution phéniquée faible : deux gros tubes de deux centimètres et longs de dix-huit centimètres sont introduits dans le ventre. Drainage de part en part allant de la cuisse jusqu'à l'incision supérieure en passant sous le ligament de Fallope. Suture de la plaie inférieure. La plaie inférieure n'est pas réunie. Pansement de Lister modifié par E. Bœckel.

Temp. soir 36,9.

Le 21. Temp. matin 37,4; soir 37,6. Premier pansement. Suintement séro-sanguinolent très abondant.

Le 22. Temp. matin 37,6; soir 38,5. Deuxième pansement. Élimination d'une grande quantité de détritus provenant de la poche de l'abcès. On laisse les tubes en place de peur de ne pas retrouver leur trajet.

Le 23. Temp. matin 37,7; soir 38°. Troisième pansement.

Le 24. Temp. matin 37,9; soir 38,3.

Le 25. Temp. matin 37,4; soir 38°.

Le 27. Temp. matin 37,5; soir 37,5. Enlèvement des sutures; le suintement est beaucoup moins abondant. Suppression d'un des tubes qui plonge dans l'abdomen.

Le 28. Temp. matin 37,4; soir 37,5.

Le 29. Temp. matin 37,7; soir 37,5.

Le 30. Temp. matin 37,3; soir 38,6.

Le 31. Temp. matin 38°; soir 38,4. Pansement: un peu de suppuration à la plaie supérieure. Escharre au dos.

1er septembre. Temp. matin 37,5; soir 38,5.

Le 2. Temp. matin 37,7; soir 38,3.

L'escharre fait énormément souffrir l'opéré; on la panse avec un linge enduit de glycérine et une rondelette d'amadou.

Le 3. Temp. matin 37,4; soir 38,5.

Le 4. Temp. matin 37,3; soir 37,5. On supprime le drain qui va de la cuisse à la plaie supérieure et on le remplace par deux bouts de tube courts. La réunion de la plaie inférieure est parfaite.

Le 6. Temp. matin 37,6; le soir 37,6.

Le 7. Temp. matin 37,5; soir 37,7. Pas de pus dans le pansement l'escharre tend à guérir.

Le 13. On raccourcit le tube de l'abdomen à trois centimètres; les deux autres tubes sont également raccourcis.

État général excellent.

Le 20. Suppression définitive du drain supérieur; le drain de la cuisse est encore laissé en place jusqu'au 25. Le malade se lève pour la première fois le 20 au bout d'un mois.

Le 30. Les plaies, moins le trajet du tube supérieur, sont cicatrisées.

Cette dernière plaie reste fistuleuse pendant près de huit mois, sécrétant de temps à autre une gouttelette de pus; la réunion de la plaie de la cuisse s'est bien maintenue.

Exeat vers la fin du mois de novembre. Guérison complète.

Obs. XV (J. Bœckel. Loco cito, p. 458).

Schwebel A..., 7 ans. Cyphose dorsale depuis l'âge d'un an. Vers le commencement de l'année 1879, un empâtement se manifeste dans la région inguinale au-dessus du ligament de Poupart.

28 mai. Cachexie. Fièvre hectique.

1er juin. Chloroformisation. Incision de huit centimètres, comme pour la ligature de l'iliaque externe. Ecoulement d'un flot de pus évalué de 400 à 500 grammes. Introduisant une sonde d'homme dans la plaie, elle vient butter en arrière dans la région lombaire,

à un travers de doigt en dessous de la dernière côte. Contre-ouverture de six centimètres à ce niveau. Grattage des parois de l'abcès avec la cuiller tranchante, qui ramène quelques parcelles osseuses corrodées et rugueuses. Drainage d'outre en outre avec un tube de fort calibre. Pas de réunion. Pansement de Lister.

La fièvra tombe à 37,5 à partir du troisième jour et ne dépasse plus ce chiffre. Le quinzième jour, la suppuration est presque nulle. On remplace le drain par deux bouts de tube, qu'on supprime : le supérieur, le 20 juin; l'inférieur, le 3 juillet.

A ce moment, les plaies sont cicatrisées, moins le trajet des tubes. La plaie supérieure se ferme le 10 juillet; l'inférieure reste fistuleuse pendant près de dix-huit mois (décembre 1880). Depuis lors, la guérison s'est bien maintenue. La fistule se rouvre de temps en temps, et livre écoulement pendant quelques jours à une quantité de pus insignifiante. L'état général de la jeune opérée ne laisse rien à désirer. Elle fréquente l'école d'une façon très régulière, et se livre avec ses compagnes à tous les jeux de son âge.

Obs. XVI (J. Bœckel. Loco cito, p. 460).

Q... (Edmond), 6 ans, entre le 2 janvier 1881 à la maison de santé des Diaconesses pour un mal de Pott des dernières vertèbres dorsales datant de deux ans et consécutif à une chute. Immobilisation pendant cinq mois dans un corset plâtré de Sayre qui lui permet de marcher. Dans le courant du mois d'avril, on l'envoie passer deux mois à la campagne.

Le 10 mai, il se plaint d'une vive douleur au-dessus de l'aine gauche. Son médecin lui enlève son appareil plâtré et le renvoie à Strasbourg le 6 juin.

Je constate, à cette époque, la présence d'une collection que je suppose, non sans raison, être du pus, situé au-dessus de l'arcade de Fallope. Elle s'étend à quatre travers de doigt au-dessus de cette région et proémine en arrière jusque dans le voisinage de la dernière côte.

Le 11 juin, j'en pratique l'ouverture par une incision de 8 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, et une contre-ouverture de 6 centimètres en arrière, à un travers de doigt au-dessous de la dernière côte.

Grattage du foyer. Drainage de part en part après désinfection avec la solution de chlorure de zinc, 1/10. Lister. Pas de réunion.

Suppuration abondante pendant le premier septénaire. La température oscille entre 38,4 et 39,2.

Le 20, température, matin, 37°, soir, 37,7. On remplace le drain par deux bouts de tube. Pansement quotidien. L'état général se relève pendant deux mois environ. Suppression des tubes le 20 août. Eschare de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent au niveau de la gibbosité. Cachexie. Le 4 mars, l'escharre est à peu près cicatrisée. La suppuration est toujours très abondante, bien que les plaies ne soient plus représentées que par l'orifice des drains. L'état général s'améliore notablement.

D'après des renseignements qu'a bien voulu nous donner M. Jules Bœckel, il résulte que cet enfant quitta le diaconat dans les premiers jours de juin 1882.

En décembre, il eut de l'anasarque et de l'albuminurie, puis une fistule à l'anus.

La plaie de l'aine et celle du dos se fermèrent en septembre, puis elles se sont ouvertes en décembre.

Aujourd'hui, mai 1883, ces plaies sont cicatrisées. La plaie principale du dos est fermée par une croûte qui tombe parfois et se reforme.

D'ailleurs, la santé générale est bonne. N'était la raideur de sa démarche, on ne croirait pas à la maladie.

Obs. XVII (J. Bœckel. Locó cito, p. 460).

Frantz J..., 15 ans, entre, le 15 novembre 1880, à la maison de santé israélite. Mal de Pott des dernières vertèbres dorsales datant de l'enfance.

Le 18 septembre, formation d'un abcès le long du fascia lata du côté gauche. Le 6 novembre, il atteint les dimensions d'une tête de fœtus à terme et s'étend jusque vers le milieu du membre. Le 16, incision de l'abcès sur un dimension de 12 centimètres. Ecoulement de 500 grammes de pus séro-sanguinolent renfermé dans une poche à parois épaisses. Extraction de deux séquestres de 3 centimètres de longueur sur 3 de largeur.

Grattage de la poche; la cuiller tranchante contourne le fémur et arrive jusqu'au niveau de l'insertion des psoas au petit trochanter ; vers l'arcade crurale existe une fistule étroite qui fait communiquer la plaie avec la cavité abdominale. Désinfection énergique avec solution forte. Pansement de Lister. Pas de réunion. Après une période grave de trois semaines (temp. à 40,4 à plusieurs reprises), le mieux s'accentue; la suppuration, très abondante au début, diminue de jour en jour, si bien que, le 24 décembre, le malade, désirant rentrer chez lui, peut être évacué.

A partir de cette époque, il vient se faire panser tous les quatre ou cinq jours.

Le 20 janvier, guérison de la plaie qui reste fistuleuse pendant quelques mois.

Au mois d'avril, un abcès se forme au niveau de la gibbosité.

Incision et extraction d'un séquestre. Guérison rapide au bout d'un mois. Depuis lors, la guérison s'est maintenue. Santé parfaite. Fréquente le lycée.

Obs. XVIII (J. Bœckel. Loco cito, p. 461).

Daul (Caroline), 50 ans, entré, le 20 juillet 1879, au n° 21 de la salle 34. Abcès ossifluent consécutif à une carie lombaire situé au niveau de la masse des adducteurs. Dimension d'une grosse tête de fœtus à terme. Extirpation de la poche le 29 juillet; une sonde, introduite dans la plaie, remonte sous l'arcade de Fallope dans l'abdomen par un petit pertuis qui n'admet pas l'index. Désinfection de la plaie. Réunion Lister. Guérison par première intention pres-presque sans pus en dix jours. Fistule persistante pendant trois semaines. Exeat le 20 août. Au bout de trois mois, la fistule se rouvre et sécrète un pus séreux pendant près d'un an.

La malade vaque à ses occupations. Au bout de quatorze mois, œdème des jambes; albuminurie. Meurt de cachexie le 4 novembre 1880.

Obs. XIX (Brottet. Loc. cit., p. 52).

Mal de Pott. Abcès lombaire. Ouverture. Râclage de la cavité. Pansement de Lister. Guérison.

L... (Joseph), 29 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Pélagie, n° 29, le 3 juin 1880.

A l'examen, on trouve dans la région lombaire du côté gauche une tumeur étalée en surface peu saillante, lisse, fluctuante, large de 15 centimètres environ à sa base. A la partie inférieure elle s'étend jusqu'à la crête iliaque; en haut, elle s'étend jusqu'à la huitième dorsale. La peau est distendue, non ulcérée ; au niveau de la première lombaire, la pression fait reconnaître un point douloureux.

3 juillet. Opération. Anesthésie, vapeurs antiseptiques et précautions habituelles du procédé listérien.

M. Poncet fait avec le bistouri une incision transversale de 7 centimètres allant de la colonne vertébrale à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Ecoulement abondant de pus. Râclage de la cavité à l'aide de la curette de Volkmann.

Réunion des lèvres de la plaie par huit points de suture. On place un drain phéniqué et on applique le pansement de Lister.

Le 4. Etat satisfaisant. La plaie n'a pas de gonflement, elle n'est ni rouge, ni douloureuse.

Deuxième pansement listérien.

Le 6. Très bon état général : on enlève quelques points de suture ; le drain est diminué de longueur, lavé et replacé. Pansement de Lister.

Le 10. Etat excellent. Tous les points de suture ont été enlevés. La réunion immédiate s'est faite sur la plus grande étendue de l'incision ; la suppuration est presque nulle.

Le 12. Le malade va beaucoup mieux; il demande sa sortie ; la douleur lombaire a beaucoup diminué.

OBS. XX (Résumée) (Dr Augagneur. Loco cito).

G... (Jean), 17 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 février 1882.

Il y a quatre mois, douleurs à la partie externe de la hanche gauche, et survenue sans cause appréciable, sans traumatisme antérieur. Depuis six semaines, tuméfaction de la fesse gauche. Indolence complète à la palpation; fluctuation manifeste.

La pression sur les apophyses épineuses des deux dernières lombaires est très pénible ; le grand trochanter est également sensible au toucher.

Diagnostic : Mal de Pott, avec abcès par congestion sous-fessier.

Le 5 mars, après anesthésie, M. Tripier pratique une incision de 7 à 8 centimètres sur le point le plus saillant de l'abcès en arrière du grand trochanter. Après avoir traversé le tissu cellulaire et les muscles fessiers, le bistouri ponctionne l'abcès, le pus s'écoule en très grande quantité. Un doigt, introduit dans la poche, arrive dans l'échancrure sciatique, par laquelle le pus a cheminé. Sauf du côté du bassin, la collection purulente est parfaitement délimitée.

Son point le plus déclive se trouve à la face postéro-externe de la cuisse à trois travers de doigt au-dessous et en dehors du grand trochanter. Une contre-ouverture est pratiquée en cet endroit.

La curette enlève la membrane pyogénique qui tapisse l'abcès; de l'eau phéniquée à 3 0/0 est injectée en abondance dans la cavité.

Les ouvertures sont suturées; dans chacune, le passage des drains seul est conservé. Un des tubes plonge jusque dans l'échancrure sciatique ; l'autre, placé au point le plus déclive de la poche, assure l'écoulement des liquides. On s'assure, par des injections, que les drains fonctionnent bien ; puis, quand le liquide sort limpide, on applique le pansement.

La guérison de l'abcès en lui-même fut très rapide, la réunion se fit par première intention, les parois se recollèrent, et, six jours après, il ne persistait que le trajet des drains. La guérison du foyer osseux ne s'est terminée que plusieurs semaines après, et a entretenu une suppuration assez abondante. La guérison était complète après quatre mois.

Obs. XXI (résumée) (Dr Augagneur. Loc. cito).

C... (Léon), 51 ans, terrassier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, le 28 juillet 1882.

Rien du côté de l'hérédité. Santé toujours très robuste.

Il y a cinq mois, sans cause appréciable, il ressentit de vives douleurs dans les lombes; ces douleurs étaient lancinantes et s'irradiaient en ceinture.

La marche était encore possible; mais, quand le malade s'inclinait en avant, il avait de grandes difficultés pour se relever. Ces phénomènes s'accompagnaient d'un état fébrile assez intense, malaise général, céphalalgie, frissons, anorexie.

L'état aigu disparut après une huitaine de jours, mais la douleur lombaire persista. Depuis cette époque, l'amaigrissement est survenu; perte complète des forces.

Il y a quinze jours, la région péri-trochantérienne gauche s'est tuméfiée sans causer de vives douleurs, mais la marche est devenue impossible.

A l'entrée du malade, nous trouvons une saillie notable des apophyses épineuses des dernières lombaires. La région fessière du côté gauche est soulevée par un volumineux abcès, dont le point le plus saillant se trouve à deux travers de doigt en arrière du grand trochanter.

Le 4 août, M. Augagneur, chef de clinique, fait à deux travers de doigt en arrière du grand trochanter une incision longue de 8 à 9 centimètres; après avoir traversé le tissu cellulaire, les muscles et lié plusieurs artérioles, le foyer purulent est largement ouvert. Le pus qui s'écoule peut être évalué à 500 ou 600 grammes.

Le doigt, introduit dans la poche, arrive dans l'échancrure sciatique. Une contre-ouverture est pratiquée en bas, en dehors, au niveau du pli fessier.

Les parois sont raclées avec la curette, qui ramène des lambeaux de membrane pyogénique.

Lavage prolongé avec solution phéniquée, 3 0/0.

Les plaies sont réunies à l'aide du catgut par deux plans de suture. Un drain est placé dans chaque ouverture; l'un plonge jusque

dans l'échancrure, l'autre assure l'écoulement à la partie inférieure de l'abcès.

Pendant les trois jours qui suivirent, le pansement fut renouvelé quotidiennement ; la gaze antiseptique n'était mouillée que par un liquide séreux.

Aujourd'hui, 12 août, sept jours après l'ouverture, la température ne s'est pas élevée au-dessus de 38°.

Les drains ont été réduits de volume et de longueur; il ne s'écoule que quelques gouttes de sérosité purulente fournies par le foyer vertébral. La réunion par première intention a été complète.

M. Dhourdin interne à l'hôpital de Berck, a eu l'obligeance de nous envoyer les renseignements suivants sur le petit malade Ruggieri qui fait le sujet de notre observation VIII, page 115, et que M. Reclus opéra au mois d'août dernier.

Ruggieri partit pour Berck le 12 mai 1883, conservant encore quelques fistules.

Actuellement, son état général est bon, il mange, dort bien et est très gai.

Il reste une toute petite fistule vers le milieu de la cicatrice lombaire. Cette fistule donne à peine quelques gouttes de pus dans les vingt-quatre heures.

Il persiste au niveau du triangle de Scarpa une autre fistule qui donne encore passablement de pus et ne se ferme jamais, tandis que celle du dos se ferme quelquefois pour se rouvrir ensuite.

M. Cazin pense que cet enfant guérira rapidement, car son état général est très bon.

CONCLUSIONS.

Après avoir étudié ces diverses méthodes, nous voyons que toutes peuvent revendiquer des succès. A quoi cela tient-il ? On a dit que lorsque la lésion osseuse était guérie la collection purulente pouvait disparaître, soit spontanément, soit par n'importe quel traitement.

Mais M. Lannelongue a démontré que la paroi de l'abcès avait une très grande importance et nous croyons que la guérison de l'abcès lui-même, c'est-à-dire la cessation de l'évolution de la paroi dans tous ses points, a autant d'influence que la guérison de la lésion osseuse sur les heureuses terminaisons que nous signalions plus haut.

Nous savons en effet que les parois de l'abcès peuvent subir une transformation fibreuse et la collection purulente elle-même se transformer en kyste, et c'est ainsi que nous nous expliquons et les guérisons spontanées et ces guérisons par un traitement quelconque.

Si nous ne possédions pas la méthode antiseptique de Lister et si nous ne connaissions pas l'évolution de la paroi des abcès ossifluents, évolution que nous ont révélée les travaux de M. Lannelongue, nous serions, sans aucun doute, partisan de la méthode qui a pour but d'obtenir la résorption du pus. Nous avons rapporté, dans notre premier chapitre, un assez grand nombre de cas de résorption pour qu'on puisse croire que cette heureuse terminaison n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. Mais aujourd'hui qu'on connaît la véritable nature des abcès ossifluents et qu'on sait

que leurs parois présentent une grande tendance à envahir les tissus, aujourd'hui que nous pouvons sans danger aucun, grâce à la méthode antiseptique, ouvrir largement ces collections purulentes, nous croyons qu'on doit traiter le plus tôt possible les abcès par congestion d'origine vertébrale.

Nous repoussons par conséquent et les injections iodées et les ponctions au moyen des appareils de Dieulafoy, Potain, etc.

Nous avons vu en étudiant les injections iodées quels étaient leurs grands inconvénients et combien leur action était douteuse.

Quant aux ponctions au moyen des appareils aspirateurs, nous les repoussons absolument même comme moyen d'exploration, car non seulement elles ne sont le plus souvent que palliatives, mais elles sont encore dangereuses, Nous avons cité des cas de mort qui sans aucun doute leur doivent être imputés. En effet les trocarts peuvent introduire dans l'abcès des germes qui détermineront la viciation du pus.

Nous croyons donc qu'il faut, soit imiter Lister, c'est-à-dire ouvrir largement les abcès par congestion en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques, les drainer avec soin et continuer les pansements jusqu'à guérison et cicatrisation des fistules, soit faire suivre l'incision du grattage des parois.

Nous tâcherons tout à l'heure d'indiquer dans quels cas il nous semble qu'on peut avec plus d'avantages suivre telle ou telle méthode.

Mais auparavant nous voulons répondre à une objection qu'on ne manquera pas de nous faire.

Trois causes principales rendaient dangereuse et trop souvent inutile l'intervention chirurgicale dans le cas d'ab-

cès par congestion : l'accès de l'air qui déterminait la viciation du pus, les parois de la collection purulente et les lésions osseuses qui continuaient à en fournir.

Grâce au pansement de Lister et au grattage, on peut annihiler deux de ces causes. Reste la lésion osseuse. Et on nous dira : Tant que vous ne pourrez pas modifier la lésion osseuse, la guérir, votre intervention sera inutile.

Déjà en 1858, dans la grande discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie au sujet du traitement des abcès par congestion par les injections iodées, Broca s'élevait contre cet épouvantail de la lésion osseuse qui devait, tant qu'elle persistait, rendre inutiles les efforts des chirurgiens.

« On a beaucoup exagéré, disait-il (séance du 13 janvier 1858), le pronostic de la carie et des tubercules des os. Les tubercules guérissent très souvent, et cela a lieu de deux manières : tantôt par absorption de la matière tuberculeuse ou par enkystement et sans formation d'abcès ; ce mécanisme est possible même lorsque plusieurs corps vertébraux superposés sont creusés de cavités tuberculeuses ; la guérison ne s'effectue alors qu'à la faveur d'un affaissement qui laisse une gibbosité médiane et postérieure.

« Le deuxième mécanisme nous intéresse davantage. La matière tuberculeuse se fait jour à l'extérieur et provoque dans les parties molles la formation d'un abcès par congestion. Par cela seul que la matière tuberculeuse s'est portée en dehors de l'os, l'altération osseuse est déjà en voie de guérison spontanée. La lésion du squelette cesse dès lors d'influer sur la marche des abcès et celui-ci constitue à lui seul presque toute la maladie locale.

« Quant à la carie, je ne nie pas qu'elle ne soit souvent entretenue par une diathèse ; mais cette altération consi-

dérée en elle-même est parfaitement curable. C'est une question de temps.

« D'où vient donc que les caries vertébrales et les tubercules vertébraux compliqués d'abcès par congestion soient des affections à peu près constamment mortelles, puisqu'il n'y a dans leur nature aucune condition absolue d'incurabilité?

« C'est parce que leur siège dans une région profonde expose les malades à une complication extrêmement grave, je veux parler de l'abcès.

« Tout le monde connaît les accidents formidables qui suivent leur ouverture et qui sont presque nécessairement suivis de mort. Ces accidents dépendent uniquement de l'abcès et nullement de l'altération de l'os, et la preuve, c'est que quelquefois cette altération est déjà guérie naturellement lorsque les malades succombent.

« J'en ai tout à l'heure cité des exemples. La grande indication thérapeutique consiste donc à traiter l'abcès qui menace directement et prochainement la vie, sans s'inquiéter de l'atération osseuse, dont l'importance n'est plus que secondaire et dont la guérison spontanée s'effectuera tôt ou tard si on réussit à faire vivre les malades jusque-là. »

Broca a signalé six ou sept cas d'abcès par congestion qui ne communiquaient plus avec la lésion osseuse guérie. Nous en avons trouvé d'autres.

Chassaignac a présenté à la Société de chirurgie des pièces provenant d'un homme adulte mort d'abcès par congestion iléo-fémoral. Cet abcès ne communiquait pas directement avec le squelette, dont il était séparé par une couche mince de tissus lardacés de formation nouvelle. L'affection vertébrale a guéri et l'abcès par congestion a

cessé de communiquer avec le squelette, mais la collection purulente a néanmoins continué de s'accroître et a entraîné la mort du malade. (Séance du 24 mars 1858.)

Nous avons trouvé dans les Bulletins de la Société anatomique et dans le mémoire de Nichet (*Gazette médicale de Paris*), pages 529, 545, quelques autres cas semblables.

Il est donc bien positif que la lésion vertébrale peut guérir spontanément.

Il arrive aussi très souvent que la lésion osseuse qui a été le point de départ de l'abcès est très minime. Robert cite une femme chez laquelle une seule ponction suffit pour faire disparaître un énorme abcès par congestion. Deux ans après il y eut une récidive, l'abcès s'ouvrit spontanément et la malade mourut. A l'autopsie, on constata que la lésion osseuse était grande comme une lentille. Dans ces conditions, l'ouverture de l'abcès faite avec toutes les précautions antiseptiques amènera également et la guérison de la collection purulente et la guérison de la lésion osseuse.

Nous avons vu quelles étaient les idées de Lister sur la carie vertébrale qui, d'après lui, guérit spontanément après l'éloignement du pus et de toute autre cause irritante. Y eût-il même nécrose comme il arrive assez souvent, l'expérience lui a démontré dans le traitement des fractures compliquées par l'acide phénique, que l'os mort non putréfié, loin d'exciter la suppuration dans son voisinage, peut être résorbé par les granulations environnantes.

On nous objectera peut-être encore que le mal de Pott n'est que la manifestation d'un état diathésique et que le malade est tuberculeux.

Il est évident que bien souvent d'autres organes présen-

tent des tubercules. Mais, même dans ce cas, il n'est pas inutile d'enlever une cause de débilitation et nous pouvons dire aujourd'hui d'irradiation tuberculeuse.

Mais ce qui n'est pas moins évident, et Broca signalait ce fait en 1858, c'est que les tubercules osseux constituent quelquefois un mal entièrement local et qu'ils peuvent se développer chez des individus robustes, bien constitués, exempts de toute diathèse.

Nous disons donc avec Broca, que la grande indication thérapeutique consiste à traiter l'abcès sans s'inquiéter de l'altération osseuse.

Pour nous, le meilleur traitement des abcès par congestion consiste à les inciser largement en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques. Il s'agit maintenant de déterminer dans quels cas il faut les traiter comme Lister, c'est-à-dire simplement les inciser et les drainer, et dans quels cas il faut extirper, gratter les parois.

Au point de vue de cette dernière méthode, on doit diviser les abcès ossifluents en abcès facilement et difficilement accessibles.

Les premiers sont tous les abcès dorso-lombaires. Nous croyons qu'après les avoir largement ouverts on devra non seulement gratter les parois avec soin, de manière à détruire complètement la poche, mais encore rechercher la lésion osseuse et, si cela est possible, la ruginer ou la réséquer.

Grâce à ce traitement, nous avons vu que M. Jules Beckel a pu obtenir la guérison d'un abcès lombaire gros comme un poing d'adulte, en six jours, sans fièvre, et sans aucun accident. (Obs. II.)

Dans le cas d'abcès iléo-fémoraux que faut-il faire? Faut-il, imitant MM. Lannelongue, Jules Bœckel, Labbé,

Reclus, aller gratter les parois de la poche iliaque? Ou bien faut-il simplement imiter Lister?

Nous n'avons pas encore assez de faits pour pouvoir nous prononcer. M. Lannelongue nous a bien dit que, grâce à sa longue spatule qu'il préfère de beaucoup à la curette de Volkmann, le grattage d'un abcès iléo-fémoral était chose facile. Il nous a donné une observation qui prouverait l'excellence de la méthode.

Mais, pour nous, ce grattage sera toujours incomplet. M. Jules Boeckel, il est vrai, fait des incisions multiples qui facilitent l'opération, mais nous nous demandons si ces nombreuses incisions n'ont pas aussi leurs inconvénients.

L'antiseptie rigoureuse, absolue, domine tout le traitement ; ne sera-t-elle pas rendue plus difficile par ces incisions multiples ?

Maintenant ce grattage dans la poche iliaque sera-t-il toujours inoffensif ? Supposons un abcès qui a cheminé entre le fascia iliaca et le péritoine ? Peut-on impunément aller gratter une paroi semblable? Nous connaissons deux cas de mort par perforation du péritoine : un cas de Marjolin (1) à la suite d'une injection iodée, un autre cas rapporté par Toulouse dans sa thèse.

Cette méthode donne-t-elle des résultats plus avantageux que la simple incision ?

Nous avons réuni six observations d'abcès iléo-fémoraux traités par la méthode de Lister. Ces abcès ont été guéris en moyenne en cinq mois.

D'un autre côté nous avons quatre observations d'abcès iliaques et iléo-fémoraux traités par les incisions multiples, le grattage ; il a fallu en moyenne 15 mois pour en obtenir la guérison.

(1) Marjolin. Société de Chirurgie, 3 mars 1858.

Il est vrai que ces chiffres sont trop peu considérables pour permettre une conclusion.

A vrai dire, une opération faite en aveugle nous répugne. Aussi nous bornerons-nous dans le cas d'abcès iléo-fémoraux à gratter la poche fémorale et à traiter la poche iliaque comme Lister, c'est-à-dire à faire sortir le pus par des pressions et à mettre un simple drain sans pousser d'injection phéniquée.

Lister, Mac-Cormac, Lucas-Championnière ont beaucoup insisté sur l'inutilité d'abord, le danger ensuite de faire des injections phéniquées dans les abcès par congestion. Ces injections sont absolument inutiles si on s'entoure, comme cela est indispensable, de toutes les précautions antiseptiques, sans en excepter la pulvérisation. Elles sont de plus dangereuses : elles peuvent déterminer des phénomènes d'intoxication et il nous a semblé résulter de la lecture attentive des nombreuses observations que la fièvre et une suppuration abondante surviennent également à la suite de ces injections.

Lister s'est constamment préoccupé d'empêcher le contact de l'acide phénique et des tissus, car l'acide phénique détermine la suppuration.

Quant aux abcès qui viennent apparaître dans la région fessière, il est évident qu'on ne pourra gratter qu'une partie minime de la poche. On se bornera à placer ensuite un drain après avoir réuni les bords de l'incision.

On trouvera, parmi nos observations (obs. III), un fait fort intéressant que rapporte le Dr Dupré. Le Dr Chiene ayant à traiter un abcès rétro-pharyngien dû à une carie vertébrale, eut l'idée de donner issue au pus non par le pharynx, mais par une incision extérieure pratiquée sur le

côté du cou derrière le sterno-mastoïdien. L'opération réussit parfaitement et le malade guérit fort rapidement.

Il nous semble que la conduite du chirurgien anglais est digne d'être suivie.

Nous avons dit plus haut que l'antisepsie rigoureuse, absolue, domine tout le traitement des abcès par congestion au moyen des larges incisions.

Il est de toute nécessité, lorsqu'on veut entreprendre le traitement de ces collections purulentes par l'incision :

1° De s'entourer de toutes les précautions antiseptiques et de n'en dédaigner aucune ;

2° De continuer les pansements antiseptiques jusqu'à guérison absolue de l'abcès et cicatrisation complète des fistules. L'expérience amère a appris à Lister qu'aussi longtemps qu'il reste une fistule l'établissement de la « putréfaction » peut amener les conséquences les plus désastreuses.

Nous rapportons deux observations de malades qui, sortis de l'hôpital avec des fistules, continuent à suppurer et sont dans un état tel de marasme que leur mort paraît inévitable. Nous attribuons ces faits malheureux à la cessation de tout pansement antiseptique qui a replacé les malades absolument dans les mêmes conditions que si l'abcès s'était ouvert spontanément.

Une fois l'abcès guéri, il faut encore retenir les malades quelques semaines au lit et ne leur permettre de se lever que progressivement.

D'après M. Augagneur (Gaz. hebd., 1882, page 575), on applique à Lyon, à tous les malades guéris, un corset en feutre plastique de Locking.

Il sera utile de rechercher si le malade n'est pas syphili-

tique, car, dans ce cas, un traitement approprié pourra activer la guérison de l'abcès.

M. le professeur Verneuil (Thèse de Lerot, Lésions syphilitiques du rachis, Paris, 1881, page 71) a vu à l'hôpital Lariboisière une affection vertébrale développée sous l'influence de la syphilis. Les fistules très nombreuses n'avaient pas le caractère des fistules dues à des suppurations strumeuses ; le traitement antisyphilitique fut institué et, deux mois après, la guérison était assurée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Compendium de chirurgie pratique, 1851, t. II, p. 749.

MICHEL. — Déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion symptomatique d'une lésion de la colonne vertébrale, 1854. Mémoires de la Société de chirurgie, t. V, p. 395.

DENONVILLIERS. — Dictionnaire encyclopédique, t. I, p. 56, 1864.

LAUGIER. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, 1864. Art. Abcès par congestion, t. I, p. 31.

Expectation. Résorption des abcès.

BAZILE (David, de Rouen). — Mémoire sur les effets des contre-coups dans les différentes parties du corps autres que la tête et les moyens d'y remédier. Prix de l'Académie royale de chirurgie 1771, t. IV, 2e partie, p. 604, 606.

DAVID (de Rouen). — Dissertation sur les effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales. Paris, 1779, pages 106, 113.

ABERNETHY. — Surgical Works. Surgical observations on chronic and lumbar abcesses, t. II, 4e éd., p. 132 et suiv.

LARREY. — Clinique chirurgicale, t. III, pages 313, 314, 319, 1829.

DUPUYTREN. — Leçons de clinique chirurgicale, t. I, p. 532.

PAILLARD. — Mode de traitement employé à l'Hôtel-Dieu par Dupuytren pour les abcès par congestion, in Bulletin de thérapeutique, 1834, t. VI, p. 344.

NÉLATON. — Pathologie chirurgicale, t. II, 2e édition, p. 94-112.

CLAIRAT et MORPURGO. — Cas d'abcès par congestion avec carie de la colonne vertébrale guéri par les moxas et la compression. Paris, 1839.

VILMOT et HOURMANN, cités par ROUX et BÉRARD. Dictionnaire de médecine en 30 vol., t. I, art. Abcès par congestion, page 68, 1832.

Forget. — Bulletin de thérapeutique, t. XXI, p. 41, 1841.

Jules Guérin. — Rapport sur les traitements orthopédiques. Paris, 1848.

F. Martin. — Bullet. de la Société méd. prat. dans l'Union médicale du 27 déc. 1853.

Bouvier. — Archives génér. de médecine, 1857, t. IX, janvier.

Abeille. — Moniteur des hôpitaux, 1855, p. 375.

Gillebert d'Hercourt. — De l'immobilité prolongée et du redressement dans la maladie de Pott. Lyon, 1857.

Cloquet. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1858, p. 351.

Fournier (d'Angoulême). — Gaz. des hôpitaux, 1862, p. 55.

Rambaud. — Du traitement des abcès par congestion. Thèse de Paris, 1861.

Ollier. — Art. Carie. Dict. encyclop., 1874, p. 495.

Sir James Paget. — Clinique chirurgicale, traduction française, 1877, p. 396, 397.

Denonvilliers. — Dict. encyclopédique, 1864. Art. Abcès par congestion, p. 54.

Colas. — Observations sur quelques points du mal de Pott, recueillies à Berck. Thèse de Paris. 1877.

Puel. — Thèse d'agrégation. Du mal vertébral. Paris, 1878, p. 77.

Dr Baudisson. — Gaz. des hôpitaux, 1877, p. 274.

Panas. — Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1879, p. 296.

Dolbeau. — Leçons de clinique chirurgicale, 1867, p. 50.

F. Lange. — New-York medical Journal, 1880, p. 476.

Brottet. — Thèse de Lyon, 1880. Du traitement des abcès par congestion du mal de Pott.

Dudon, cité par Toulouse. — Thèse de Bordeaux, 1881. Du traitement des abcès ossifluents.

Billroth. — Eléments de pathologie chirurgicale générale, traduction française, 1868, p. 523.

Valette. — Clinique chirurgicale. Lyon, 1875.

Chassaignac. — Traité de la suppuration et du drainage, 1859, t. I, p. 68.

Dictionnaire de Samuel Cooper, art. Lombaires.

Martin-Solon. — Arch. gén. de médecine, 1830, t. XXIV, p. 335.

Nichet (de Lyon). — Etude sur la nature et le traitement du mal vertébral. Gaz. méd., 1835, p. 529, 545.

Méthode des ponctions successives.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, t. I, p. 85, édition de 1831.

Alliot de Montagny. — Gaz. méd. de Paris, 1834, p. 348.

M.-A. Petit. — Collection d'observations cliniques, Lyon. Mémoire et obs. sur une nouvelle méthode de vider les dépôts par la ponction et les ventouses, p. 347 et suiv. 1797.

Fleury (de Clermont). — Considérations sur les injections iodées dans les abcès par congestion. Gaz. méd., 1850, p. 732.

Compendium de chirurgie pratique, 1851, t. II, p. 198.

Robert. — Clinique chirurgicale, 1860, chap. VII, p. 749.

Dieulafoy. — De l'aspiration pneumatique sous-cutanée. Paris, 1873, p. 430.

Solland. — Thèse de Paris, 1875. Considérations sur l'étiologie du mal de Pott et en particulier sur l'influence du froid.

Injections iodées.

Boinet. — Gazette médicale de Paris, 1849, p. 596. Bulletin de thérapeutique, 1850, t. XXXIX, p. 349. Traité d'iodothérapie. Paris, 1855, p. 500.

Abeille. — Revue médicale, 1849, p. 113. Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 828.

Chopin. — De la valeur des injections iodées. Thèse de Paris. 1854.

Notta (de Lisieux). — Moniteur des hôpitaux, 1854, p. 20.

Alquié. — Revue thérapeutique du Midi, 15 nov. 1850, et 15 mars 1851, p. 129.

Hamélius (de Louvain). — Moniteur des hôpitaux, 28 mai et 10 sept. 1853.

Fleury (de Clermont). — Gaz. méd. de Paris, 1850, p. 732.

Bonnafond. — Gaz. méd. de Paris, 1851, p. 619.

Robert. — Sur les effets des injections iodées, in Gaz. des hôpitaux, 1852, p. 211 et 257, et Conférences de clinique chirurgicale, 1860, p. 207.

Bocamy. — Gaz. des hôpitaux, 1850, 17 déc.

Foucault (de Nanterre). — Union médicale, 1853, p. 455.

Nélaton. — Journal de médecine et chir. prat., 1853. Gazette des hôp., 1856, p. 138.

— Gazette des hôpitaux, 1856, p. 229, 282.

Michel. — Loco cito, p. 495, 496.

PAIN. — Essai sur le traitement des abcès par congestion. Thèse de Paris, 1857.
Bulletins de la Société de chirurgie de Paris, 1850, 1852, 1858.

Méthode des larges incisions. Drainage. Méthode de Lister.

LISFRANC. — Gaz. méd. de Paris, 1834, p. 564. — Médecine op., t. I, p. 414.
Journal des Connaissances médico-chirurgicales, 1846, p. 113.
BÉGIN. — Eléments de chirurgie, 1838, t. I, p. 100.
PAYAN (d'Aix). — Revue méd. française et étrangère, juillet 1847, p. 305.
MICHEL. — Loco cito, p. 489, et Dictionnaire encyclopédique, art. Rachis, p. 508, 1874.
BEUSSE. — Gaz. méd. de Paris, 1836, p. 732.
LALLEMAND. — Arch. gén. de médecine, 1835, t. VII, p. 474.
RUST. — Arch. gén. de méd., 1837, t. XIV, p. 497.
CHASSAIGNAC. — Loco cito, p. 556, 563.
BAUTIER. — Traitement des abcès par congestion par le drainage. Thèse de Paris, 1869.
DESPRÉS. — Chirurgie journalière, 1877, p. 248.
J. LISTER. — Œuvres réunies, traduction du Dr Borginon. Paris, 1882, p. 59, 60 et suiv., 287.
Bulletins de la Société de chirurgie de Paris, 26 juin 1878, 2 avril 1879, 18 février 1880.
VALADIER. — Traitement des abcès froids symptomatiques par la méthode de Lister. Thèse de Paris, 1879.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Chirurgie antiseptique, 2e édition. Paris, 1880, p. 228.
DE SAINT-GERMAIN. — Eléments de chirurgie orthopédique. Paris, 1883.
MAC CORMAC. — Chirurgie antiseptique, 1882, p. 154 et suiv.
TOULOUSE. — Traitement des abcès ossifluents par la méthode antiseptique de Lister. Thèse de Bordeaux, 1881.
CALLENDER. — Journal de thérapeutique, 1876, p. 677.
LEWIS-SAYRE. — Spinal disease and spinal curvature. London, 1877, p. 18, 43, 48, 78.
The Lancet, 28 sept. 1872, p. 447. Sept. 26, 1874, p. 442, 1878, vol. I, p. 199.
DU PRÉ. — La chirurgie et le pansement antiseptique en Allemagne et en Angleterre. Paris, 1879.

Revue de chirurgie, 10 mars 1883.
Lewis-A. Sayre — Boston medical and Surgical Journal, 1878, t. I.
British medical Journal, 27 oct. 1877, p. 592.

Extirpation de la poche de l'abcès.

Péchinot. — Essai sur les abcès par congestion. Thèse de Paris, 1818.
Seutin. — Gaz. médicale de Paris, 1841, p. 237.
Follin. — Pathologie externe, t. II.
Fourestié. — Etude sur les différents traitements des abcès ossifluents externes. Thèse de Paris, 1876.
Lannelongue. — Abcès froids et tuberculose osseuse. Paris, 1881, p. 75. 119 et suivantes.
Jules Bœckel. — Fragments de chirurgie antiseptique, 1882, p. 453 et suivantes.
Reclus. — Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale. Gaz. hebd., 1882, p. 506.
Augagneur. — Observations d'abcès par congestion d'origine vertébrale. Gaz. hebd., 1882, p. 573.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulation du genou.

Physiologie. — De la bile : sa composition et son rôle.

Physique. — Electricité. Appareils employés en médecine.

Chimie. — Les sels de mercure ; leur emploi et leur préparation.

Histoire naturelle. — Helminthes habitant le corps de l'homme.

Pathologie externe. — Hydarthrose.

Pathologie interne. — L'endocardite.

Anatomie et histologie pathologiques. — Lésions valvulaires du cœur.

Médecine opératoire. — Résection de la tête de l'humérus.

Pharmacologie. — Des teintures alcooliques.

Thérapeutique. — Potassium et sels de potasse.

Hygiène. — Rôle pathogénique de la chaleur.

Médecine légale. — Infanticide par strangulation.

Accouchements. — Symptômes de l'avortement.

Vu, le président de la thèse,
GUYON.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD